RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC

RAPPORT ANNUEL
1989-1990

Québec

90-07289/

Inspirée du renouvellement de la nature, la photographie de la première de couverture est à l'image de la Régie en ce qu'elle représente le mouvement et le changement dans la continuité, mais surtout l'énergie déployée en harmonie avec l'environnement humain.

Publié par le Service des communications
de la Régie de l'assurance-maladie du Québec

Coordination de la rédaction
Gaëtan Hébert

Graphisme
Yolande Chatillon

Révision linguistique et correction des épreuves
Francine Labonté

Coordination de la production
Carole Doyon

Composition typographique
Caractéra

Dactylographie
Réjeanne Gagné

Première de couverture
Ruisseau près de la chute Sainte-Anne **d'Eugène Kedl, photographe**

Impression
Régie de l'assurance-maladie du Québec

Dépôt légal – 2e trimestre 1990
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-550-20803-X
ISSN 0225-8560

Régie de
l'assurance-maladie
du Québec
Bureau du président

Monsieur Marc-Yvan Côté
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Québec

Monsieur le Ministre,

Je vous soumets le rapport annuel de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 1990.

Ce rapport a été préparé conformément aux dispositions de l'article 25 de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec*.

Veuillez croire, Monsieur le Ministre, en l'assurance de mon dévouement.

Le président,

Réjean Cantin

Sillery, le 15 juin 1990

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des
Services sociaux
Cabinet du ministre

Monsieur Jean-Pierre Saintonge
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 1990.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

Marc-Yvan Côté

Québec, le 15 juin 1990

Message du président

Ce vingt et unième rapport annuel de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, instituée le 13 juin 1969, veut souligner le début d'une nouvelle décennie dans la vie de ce jeune organisme et les actions importantes menées au cours de la dernière année afin de mieux relever les nouveaux défis qui se présentent à lui. Les faits saillants de l'exercice financier 1989-1990 peuvent se ranger sous les rubriques suivantes: le réaménagement de la structure administrative de la Régie, les actions prioritaires menées au cours de l'exercice, le coût des programmes, les données sur l'administration générale et les actions de contrôle et d'évaluation.

Dès le mois de juin 1989, tous les cadres supérieurs de la Régie étaient consultés afin de cerner les forces et les faiblesses de l'organisation et d'entreprendre une démarche collective de réflexion sur son devenir. Cette réflexion a mis en évidence:

- La nécessité de renforcer sensiblement les contrôles de l'utilisation des programmes et de développer la fonction évaluation des programmes;

- Le vieillissement de certains systèmes informatiques sur lesquels repose l'exercice de la fonction principale de la Régie, le paiement, et l'importance d'en optimiser la performance;

- L'importance d'améliorer la qualité des communications tant avec les bénéficiaires du régime d'assurance-maladie qu'avec les dispensateurs de services assurés.

À la lumière de ces constats et des recommandations formulées par le Vérificateur général au cours des dernières années, un réaménagement de la structure administrative de la Régie s'avérait nécessaire. Cette restructuration visait à améliorer le fonctionnement de la Régie et à favoriser le plein accomplissement de tous les aspects de sa mission. Elle avait pour objectifs principaux de renforcer le contrôle des programmes et d'accroître tant la qualité que le nombre des actions en découlant. La structure mise en place devait également permettre à la Régie d'assumer pleinement sa fonction d'évaluation de l'utilisation des programmes et mettre en valeur son rôle de conseil auprès des autorités gouvernementales, notamment celles du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le 12 septembre 1989, la Régie se dotait donc d'une nouvelle structure administrative supérieure, laquelle comporte quatre directions générales, à savoir celles de l'évaluation et du contrôle, des services à la clientèle, des opérations et de l'administration. De l'ancienne structure, est demeurée la Direction du contentieux et du secrétariat, toujours rattachée au président-directeur général. Enfin, le 12 décembre 1989, le Conseil d'administration de la Régie a entériné la création d'un poste de commissaire aux plaintes des bénéficiaires, dont le mandat est de représenter de façon indépendante les bénéficiaires devant l'administration de la Régie pour défendre leurs droits et de s'assurer qu'ils obtiennent les services auxquels ils ont droit.

Parallèlement à la poursuite de leur réflexion, les autorités de la Régie ont mené certaines actions d'envergure, jugées prioritaires. L'évaluation systématique de toutes les ressources informatiques a permis d'identifier les besoins prioritaires de développement ou d'optimisation des systèmes essentiels à la Régie dans l'exercice de ses fonctions principales, à savoir le paiement, ainsi que le contrôle et l'évaluation des programmes. Grâce à la formation d'un comité d'experts chargés d'analyser et de suivre l'évolution de la

consommation des médicaments par les prestataires de la sécurité du revenu et par les personnes âgées de 65 ans ou plus, au-dessus de 1 000 prestataires de la sécurité du revenu ont été identifiés comme en faisant une consommation irrationnelle et 397 d'entre eux ont dû se choisir un «pharmacien désigné» chez lequel ils doivent faire exécuter toutes leurs ordonnances. Enfin, on a révisé les modalités de gestion des programmes d'attribution et de réparation des fauteuils roulants ainsi que des prothèses et orthèses prises en charge par la Régie.

En 1989-1990, le coût des programmes administrés par la Régie a atteint 2 566 M$, soit une hausse de 7,2 % comparativement à l'exercice précédent, où l'augmentation avait été de 7,5 %. Le programme de services médicaux a coûté 1 780 M$ et équivaut à lui seul à près de 70 % du coût total des programmes. Quant au programme de médicaments et de services pharmaceutiques, son coût s'établit à 448,5 M$. Ces deux programmes, qui représentent 86,8 % des dépenses de la Régie pour les programmes qu'elle administre, ont, en 1989-1990, progressé respectivement de 6,8 % et de 13,4 %. Le coût du programme de services optométriques s'est accru de 11,1 %, celui des prothèses de 16,5 % alors que celui des services dentaires a diminué de 3 %. Les montants consacrés aux bourses de recherche ont atteint 6,5 M$, une hausse de 11 %. Quant au coût des bourses d'études, il se monte à 888 000 $, soit une diminution de 23 %, alors que celui des services hospitaliers se chiffre à 117 M$ et demeure stable par rapport à l'exercice précédent. Les dépenses reliées aux mesures incitatives, qui visent à favoriser une meilleure répartition géographique des médecins et dentistes et par conséquent un meilleur accès aux services dans les régions éloignées, ont progressé de 2 % pour atteindre quelque 5,3 M$.

En cours d'exercice, l'administration de deux nouveaux programmes a été confiée à la Régie. Ainsi, elle en administre maintenant 26, soit 11 en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* et 15 en vertu de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* Le premier de ces deux programmes, en place depuis le 1er août 1989, vise à rémunérer certains services médicaux couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (1988, chapitre 51). Le deuxième a débuté le 1er février 1990 et permet de rémunérer les pharmaciens pour les services qu'ils fournissent à titre de «pharmaciens désignés».

Enfin, il est important de souligner que, depuis le 22 juin 1989, une modification à la *Loi sur l'assurance-maladie* permet à toute personne admissible au régime d'assurance-maladie ou à tout programme administré par la Régie d'en appeler d'une décision rendue par la Régie et la concernant. Une personne que la Régie refuse de considérer comme un bénéficiaire peut également demander la révision de cette décision dans les six mois qui suivent le moment où elle en est informée. La Régie doit communiquer sa décision au demandeur par écrit, dans les 90 jours; elle doit la motiver et informer le demandeur de son droit d'en appeler à la Commission des affaires sociales, s'il se croit lésé.

Le volume des demandes de paiement soumises par les dispensateurs de services assurés a été de 73,2 millions, soit 3,7 % de plus qu'au cours de l'exercice précédent. Il s'agit d'une hausse de 21,8 % en comparaison de l'exercice 1985-1986. Le nombre de demandes de paiement traitées par employé se situe à 61 616, ce qui représente une hausse de productivité de 3,1 %. Il est agréable de noter que le volume des demandes de paiement reçues selon les divers modes de facturation informatisée (ruban magnétique, disquette, télécommunication) a de nouveau augmenté en 1989-1990, pour atteindre quelque 40 millions, soit 55 % de toutes les demandes de paiement reçues à la Régie. Ce volume était de 33,5 millions en 1988-1989, soit 48 % des demandes de paiement présentées à la Régie.

Les frais d'administration de la Régie, qui représentent maintenant 2,4 % du coût des programmes, s'établissent à 62,6 M$, ce qui équivaut à une augmentation de 5,7 % par rapport à l'exercice précédent. Par ailleurs, les frais d'administration engendrés par le traitement d'une demande de paiement se situent maintenant à 0,86 $, une très légère hausse comparativement à l'exercice précédent, où ils étaient de 0,84 $.

Quant aux actions de contrôle menées par la Régie, il est important de souligner que, en 1989-1990, les comités de révision ont fait 21 recommandations. L'avis de la Régie a été retenu dans 16 dossiers et les montants récupérés ont atteint quelque 995 000 $. De plus, 23 dossiers de professionnels de la santé ont été soumis aux corporations professionnelles intéressées; il y en avait eu 13 durant l'exercice précédent.

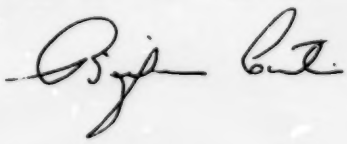
Au cours de 1989-1990, les enquêteurs de la Régie ont complété l'étude de 325 dossiers, dont 183 ont été fermés par la suite. Les principales situations ayant fait l'objet d'enquêtes sont les examens avec déplacement, les rémunérations versées aux professionnels de la santé qui sont payés sous plusieurs modes, les réparations des fauteuils roulants motorisés, le programme de médicaments et de services pharmaceutiques et les demandes de remboursement faites par des bénéficiaires pour des services reçus. La Régie a aussi intenté neuf poursuites et a réclamé, par suite d'enquêtes diverses, le remboursement de 2 065 M$.

Je voudrais en terminant remercier les membres du Conseil d'administration pour la qualité du travail accompli au cours de l'exercice et pour l'excellence de leur collaboration. J'adresse des remerciements particuliers à M. Jean-Yves Légaré, qui a quitté en cours d'exercice; M. Raynald Gagnon l'a remplacé à titre de représentant du gouvernement.

Je remercie également tous les cadres supérieurs de la Régie pour leur collaboration constante et leur appui indéfectible tout au long de cette année, où un très grand nombre d'entre eux ont été appelés à relever de nouveaux et importants défis. À l'ensemble des employés, je voudrais exprimer toute ma gratitude et adresser mes sincères félicitations pour l'excellence de leur travail, pour leur dynamisme toujours renouvelé et pour leur compétence. Grâce à eux, les bénéficiaires du régime et les dispensateurs de services assurés ont pu recevoir les services auxquels ils ont droit de façon courtoise et efficace.

Au début de cette nouvelle décennie, la Régie s'apprête à relever des défis nouveaux et très importants. Je suis assuré qu'elle saura le faire avec brio, comme toujours dans le passé.

Le président-directeur général,



Réjean Cantin

Chapitre premier

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE

1.1 Le statut juridique

La Régie a été instituée en 1969 en vue d'administrer le régime d'assurance-maladie. La Régie est une corporation au sens du Code civil; elle en possède tous les pouvoirs généraux et, en plus, les pouvoirs particuliers que sa loi constitutive lui confère.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'application de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5), à l'exception de certaines sections du chapitre IV sur le financement de la Régie: la section I (contribution), dont l'application est confiée au ministre du Revenu, et les sections II (Fonds des services de santé) et III (Fonds de roulement), au ministre des Finances.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux répond également devant l'Assemblée nationale de l'application de la *Loi sur l'assurance-maladie* (L.R.Q., c. A-29), entrée en vigueur le 1er novembre 1970. À cette fin, il est autorisé par le gouvernement à conclure des ententes avec les organismes représentant les professionnels de la santé. La Régie est liée par ces ententes et doit veiller à ce qu'elles soient respectées.

1.2 Le rôle et les fonctions

La Régie a pour fonction d'appliquer le régime d'assurance-maladie institué par la *Loi sur l'assurance-maladie* (1970, c. A-29). Elle doit:

- Assumer, conformément à la loi, aux règlements, aux ententes et aux accords, le paiement ou le remboursement des services et des biens assurés;

- Contrôler l'admissibilité des bénéficiaires, en tenir un registre et leur délivrer une carte d'assurance-maladie;

- Tenir un registre de tous les dispensateurs agréés de services assurés qui permette de vérifier leur admissibilité aux diverses modalités de rémunération;

- Contrôler l'utilisation des programmes par les dispensateurs de services assurés et les bénéficiaires;

- Recouvrer, des tiers responsables de maladies ou d'accidents et des organismes pour lesquels elle administre des programmes, les sommes dont ils ont occasionné le paiement;

- Faire les évaluations et donner les avis nécessaires à la bonne administration du régime d'assurance-maladie et des programmes gérés par la Régie;

- Renseigner les bénéficiaires et les dispensateurs de services assurés sur les programmes, les critères d'admissibilité et la façon de demander un paiement ou un remboursement.

À ces fonctions, s'ajoute la responsabilité de fournir le service de secrétariat des comités de révision et des conseils d'arbitrage.

1.3 Le Conseil d'administration

Le Conseil d'administration de la Régie se compose de 14 membres, tous nommés par le gouvernement.

Le Conseil d'administration de la Régie

Membres[1]	**Milieu représenté**
Réjean Cantin Président-directeur général	
Reynald Gagnon Vice-président	Gouvernement
Claude Chicoine Paul Desjardins Clément Richer Robert Theroux Jean-G. Prud'Homme	Professionnels de la santé
Charles Chamard	Milieu hospitalier
Paul-G. Brunet	Consommateurs
Lionel Boulet Pierrette Rayle	Milieu des affaires
Francine Dufresne Henri Massé	Milieu du travail
Robert Tremblay	Gouvernement
Secrétaire	
Denis Morency	

1. En fonction au 31 mars 1990.

Le Conseil d'administration exerce notamment les pouvoirs suivants: il adopte les règlements de régie interne et des règlements d'application de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* et de la *Loi sur l'assurance-maladie*, donne des avis sur des projets de règlement d'application de la *Loi sur l'assurance-maladie* ou les recommande au gouvernement et approuve tout ce qui touche à l'administration supérieure de l'organisme, c'est-à-dire les objectifs généraux, le budget directeur, l'état de l'effectif, les politiques générales, les états financiers annuels, les baux et contrats dont la valeur globale est déterminée par résolution, les emprunts, la radiation de toute créance excédant le montant établi par résolution et la politique de placement à court terme.

1.4 Le Comité de vérification

Le Comité de vérification se compose de deux membres du Conseil d'administration nommés par ce dernier, Me Paul-G. Brunet et le Dr Clément Richer, et d'un directeur désigné par le Conseil d'administration sur la recommandation du président-directeur général de la Régie, M. André Roy. Le Dr Richer assume la présidence de ce comité.

Le Comité de vérification a pour mandat:

- De conseiller le président-directeur général sur le choix des priorités d'intervention de la vérification interne ainsi que sur les plans annuels et à long terme de vérification interne;

- D'étudier le rapport annuel de la Direction de la vérification interne et de l'assurance-qualité, celui du Vérificateur général et le suivi de leurs recommandations et d'en faire rapport au Conseil d'administration;

- D'effectuer, à la demande du Conseil d'administration, l'étude de toute autre question ayant trait à l'administration des programmes de la Régie.

Chapitre 2

LES DONNÉES FINANCIÈRES

2.1 Les sources de financement

Le financement des programmes et des frais d'administration de la Régie est assuré par diverses sources. Le Fonds des services de santé ainsi que le gouvernement du Québec garantissent la plus grande partie des sommes requises.

2.1.1 Le Fonds des services de santé

Le Fonds des services de santé a été créé en juin 1981 afin de pourvoir à une partie des besoins financiers de la Régie et du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'administration de leurs programmes. Il est alimenté par une contribution représentant un pourcentage de la masse salariale (3,36 % depuis le 19 mai 1989), que les employeurs remettent au ministre du Revenu et que le ministre des Finances répartit ensuite également entre la Régie et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le ministre des Finances ajoute périodiquement les sommes nécessaires à l'équilibre des revenus et des dépenses de la Régie, qu'il prélève sur le Fonds consolidé du Revenu.

2.1.2 Le gouvernement du Québec

Le gouvernement du Québec, par l'entremise de certains ministères avec lesquels la Régie conclut des accords, finance les programmes suivants:

– L'assistance-maladie, qui couvre les biens et services fournis aux prestataires de la sécurité du revenu[1] (ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle);

1. Cette appellation désigne maintenant ceux qu'on nommait antérieurement *bénéficiaires de l'aide sociale*.

– Les services hospitaliers reçus hors du Québec, les médicaments fournis à certains bénéficiaires atteints de maladies graves ou chroniques ainsi que la rémunération des résidents en médecine[2] (ministère de la Santé et des Services sociaux).

2.1.3 La Commission de la santé et de la sécurité du travail

La Régie assume la rémunération des médecins qui exercent dans le cadre des lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail:

– Les paiements à l'acte pour les services assurés en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* et de la *Loi visant à favoriser le civisme*;

– Les salaires et les vacations pour les services assurés en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*.

La Commission rembourse à la Régie les sommes ainsi engagées.

2.1.4 Les autres provinces

Conformément à une entente interprovinciale, la Régie paie aux établissements du Québec les services hospitaliers rendus à des résidents des autres provinces et se fait ensuite rembourser par celles-ci.

2.1.5 Les autres sources

Divers autres revenus contribuent au financement de la Régie, principalement:

– Le recouvrement, des tiers responsables de maladies ou d'accidents, du montant des services assurés en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*;

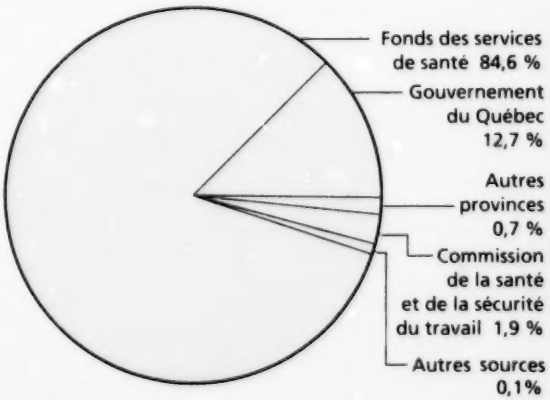
– Les primes versées par les ressortissants étrangers qui désirent bénéficier de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation; ces primes sont de 565 $ par an pour une personne seule et de 1 695 $ par an pour une famille et son personnel domestique.

La Régie remet au ministère de la Santé et des Services sociaux la part des sommes recouvrées et des primes qui se rapporte à l'assurance-hospitalisation.

À ces sommes s'ajoutent les revenus provenant d'intérêts bancaires et de ventes de services à des ministères ou à des organismes gouvernementaux.

Graphique 1

Sources de financement en 1989-1990



2. Cette appellation désigne maintenant le groupe qu'on nommait antérieurement *médecins résidents et internes*.

2.2 Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 1990

Rapport du Vérificateur

J'ai vérifié le bilan de la Régie de l'assurance-maladie du Québec au 31 mars 1990 ainsi que l'état du coût et du financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé à cette date. Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues, et a comporté par conséquent les sondages et autres procédés que j'ai jugés nécessaires dans les circonstances.

À mon avis, ces états financiers présentent fidèlement la situation financière de la Régie au 31 mars 1990 ainsi que les résultats de ses opérations de l'exercice terminé à cette date selon les conventions comptables énoncées à la note 2, appliquées de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Pour le Vérificateur général du Québec,

Guy Breton

Guy Breton, f.c.a.
Vérificateur général adjoint

Québec, le 29 mai 1990

Coût et financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé le 31 mars 1990

	Régime d'assurance-maladie	Assistance-maladie	Autres programmes	Total 1990	Total 1989
			(en milliers de dollars)		
Coût des programmes					
Services médicaux	1 708 546		72 018	1 780 564	1 666 814
Services optométriques	46 740	3 268		50 008	45 022
Services dentaires	74 505	37 275		111 780	115 242
Médicaments et services pharmaceutiques	341 831	106 483	193	448 507	395 347
Prothèses	28 716	9 444		38 160	32 743
Bourses et primes	20 079			20 079	22 536
Services hospitaliers (note 3)			117 530	117 530	116 146
	2 220 417	**156 470**	**189 741**	**2 566 628**	**2 393 850**
Recouvrements des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers			2 374	2 374	2 048
	2 220 417	**156 470**	**187 367**	**2 564 254**	**2 391 802**
Frais d'administration (note 4)	55 174	5 457	2 028	62 659	59 287
	2 275 591	**161 927**	**189 395**	**2 626 913**	**2 451 089**
Sources de financement					
Fonds des services de santé	2 223 267			2 223 267	2 066 661
Gouvernement du Québec		161 927	171 382	333 309	317 835
Ententes réciproques avec les autres provinces (note 3)			18 013	18 013	17 991
Commission de la santé et de la sécurité du travail	50 390			50 390	47 008
Autres	1 934			1 934	1 594
	2 275 591	**161 927**	**189 395**	**2 626 913**	**2 451 089**

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Bilan au 31 mars 1990

	1990	1989
	(en milliers de dollars)	
Actif		
À court terme		
Encaisse	16 020	4 175
Contributions à recevoir du Fonds des services de santé	203 820	192 553
Frais à récupérer		
Programme d'assistance-maladie	43 019	28 331
Autres programmes	44 470	52 991
Autres créances	2 807	2 962
	310 136	**281 012**
Immeuble du siège social (note 5)	15 400	16 000
	325 536	**297 012**
Passif		
À court terme		
Chèques en circulation	57 851	64 807
Services à payer	244 536	208 067
Autres créditeurs et frais courus	7 749	8 138
	310 136	**281 012**
Dette à long terme (note 6)	15 400	16 000
	325 536	**297 012**

Pour la Régie

Réjean Cantin
Président-directeur général

Clément Richer
Membre du Conseil d'administration
et du Comité de vérification

Notes complémentaires
31 mars 1990

1. Constitution, fonction et financement

La Régie, corporation constituée par la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (L.R.Q., chapitre R-5 et modifications), a pour fonction d'administrer le régime d'assurance-maladie et tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

La Régie administre, entre autres, le programme d'assistance-maladie du ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, ainsi que les éléments suivants de programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux: la rémunération des résidents en médecine, le paiement des services hospitaliers rendus hors du Québec et la perception des sommes à recouvrer pour soins hospitaliers à l'égard des résidents des autres provinces, des tiers responsables et des ressortissants étrangers. La Régie paie en outre les services professionnels rendus par les médecins oeuvrant dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail et se fait rembourser par cette dernière les frais ainsi encourus.

Le financement du régime d'assurance-maladie s'effectue à même le Fonds des services de santé qui est constitué de la contribution des employeurs et des sommes qu'y verse le ministre des Finances à même le Fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.

2. Conventions comptables

Les états financiers de la Régie ont été préparés par la direction selon les conventions comptables énoncées ci-dessous. Ces états comprennent des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations.

– Sources de financement

Les revenus sont enregistrés selon la méthode de la comptabilité d'exercice à l'exception des sommes recouvrées des tiers et des contributions des ressortissants étrangers qui le sont lors de leur encaissement.

– Coût des programmes

Les montants imputés au coût des programmes comprennent la valeur estimative des demandes de paiement reçues jusqu'au 30 avril à l'égard des services rendus et des médicaments fournis avant le 1er avril.

– Frais d'administration

Les frais d'administration sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

– Immobilisations

L'immeuble du siège social est comptabilisé au prix coûtant et l'amortissement correspond à la partie de la dette à long terme remboursée au cours de l'exercice. Les acquisitions d'ameublement et d'équipement ainsi que les dépenses pour l'amélioration des aires locatives sont imputées aux frais d'administration.

3. Services hospitaliers

	1990	1989
	(en milliers de dollars)	
Services hospitaliers reçus hors du Québec par ses résidents	99 517	98 155
Services hospitaliers reçus au Québec par des résidents des autres provinces	18 013	17 991
	117 530	**116 146**

4. Frais d'administration

	1990	1989
	(en milliers de dollars)	
Traitements et avantages sociaux	41 801	39 345
Locaux, équipement et ameublement	10 296	10 146
Fournitures et approvisionnements	2 537	2 554
Services de transport et de communication	2 962	2 894
Intérêts sur la dette à long terme	1 710	1 931
Services professionnels et autres	2 753	1 996
Amortissement de l'immeuble du siège social	600	421
	62 659	**59 287**

5. Immeuble du siège social

	1990	1989
	(en milliers de dollars)	
Coût de l'immeuble	18 537	18 537
Amortissement accumulé	3 137	2 537
	15 400	**16 000**

6. Dette à long terme

	1990	1989
	(en milliers de dollars)	
Obligations, série «A», 10,875 % l'an, remboursables par versements annuels de 600 000 $ en capital plus les intérêts et échéant le 30 septembre 1995. Le remboursement du capital et le paiement des intérêts sont garantis par le gouvernement du Québec.	**15 400**	**16 000**

7. Rémunération des professionnels de la santé

L'entente avec l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec est expirée depuis le 31 mai 1988, celle avec l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires depuis le 31 mai 1989 et celle avec la Fédération des médecins résidents du Québec depuis le 30 juin 1989. D'ici la conclusion des nouvelles ententes, les professionnels concernés sont rémunérés selon les tarifs en vigueur.

8. Régimes de retraite

Les employés de la Régie et les professionnels de la santé rémunérés à salaire participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics et au Régime de retraite des fonctionnaires. Ces régimes sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

Les contributions de la Régie imputées aux résultats de l'exercice s'élèvent à 1 788 749 $ (1989: 1 701 292 $) pour ses employés et sont incluses dans les frais d'administration. De plus, les contributions pour les professionnels de la santé rémunérés à salaire s'élèvent à 4 193 105 $ (1989: 4 086 804 $) et sont incluses au coût des programmes dans Services médicaux et Services dentaires. Les obligations de la Régie envers ces régimes gouvernementaux se limitent à ses contributions pour services courants à titre d'employeur.

Tableau 1

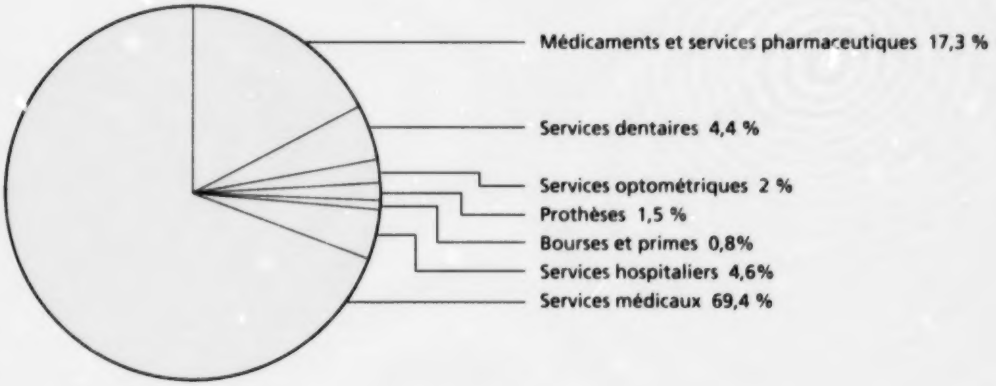
Le coût des programmes administrés par la Régie[1] de 1985-1986 à 1989-1990 (en k$)

		1985-1986	1986-1987	1987-1988	1988-1989	1989-1990
	Services médicaux	**1 345 386**	**1 437 858**	**1 548 831**	**1 666 814**	**1 780 564**
	Rémunération à l'acte[2]	1 108 076	1 181 201	1 258 773	1 364 332	1 454 730
A	Omnipraticiens	425 081	448 135	492 889	523 132	555 711
A	Spécialistes	664 583	714 083	747 881	822 464	877 643
A	Professionnels de la santé hors du Québec	10 054	9 645	8 590	8 538	9 408
A	Remboursements versés aux bénéficiaires	8 358	9 338	9 413	10 198	11 250
B	Soutien financier[3]	0	0	0	0	718
A	Rémunération à salaire et à la vacation	146 408	168 301	185 927	194 746	210 764
	Salaires	70 828	78 113	82 369	88 337	93 466
	Vacations	75 580	90 188	103 558	106 409	117 298
A	Remboursements au ministère de la Justice	401	2	0	0	0
B	Rémunération des résidents en médecine	64 098	57 552	69 694	67 852	71 296
B	Rémunération à l'acte-C.S.S.T.[4]	26 403	30 802	34 437	39 884	43 774
A	**Services optométriques**	**36 355**	**39 838**	**42 180**	**45 022**	**50 008**
	Services dentaires	**111 773**	**114 488**	**112 610**	**115 242**	**111 780**
A	Chirurgie buccale	3 323	3 328	3 487	4 325	3 393
A	Services dentaires	97 302	100 716	98 444	102 377	99 653
	Enfants	72 632	76 333	76 243	81 698	78 123
	Prestataires de la sécurité du revenu	24 670	24 383	22 201	20 679	21 530
B	Prothèses dentaires (P.S.R.)	11 148	10 444	10 679	8 540	8 734
	Dentistes	3 410	3 248	3 123	2 615	2 653
	Denturologistes	7 738	7 196	7 556	5 925	6 081
	Médicaments et services pharmaceutiques	**264 930**	**298 092**	**343 194**	**395 347**	**448 507**
A	Prestataires de la sécurité du revenu	80 938	85 210	91 798	99 135	106 483
A	Personnes âgées	183 900	212 738	251 293	296 061	341 831
B	Patients d'exception	92	144	103	151	193
	Prothèses	**24 997**	**28 797**	**30 681**	**32 743**	**38 160**
A	Prothèses et appareils orthopédiques	19 004	22 365	23 838	25 121	30 847
A	Aides pour les handicapés visuels	1 509	1 931	1 612	1 819	1 450
A	Aides pour les handicapés auditifs (– de 36 ans)	1 026	1 225	1 749	2 222	2 182
B	Aides pour les handicapés auditifs (P.S.R. et + de 36 ans)	1 281	967	1 079	1 150	1 164
B	Prothèses mammaires externes	155	142	140	129	121
B	Prothèses oculaires	112	122	112	116	127
B	Appareils pour stomisés permanents	1 910	2 045	2 151	2 186	2 269
	Bourses et primes	**11 350**	**12 985**	**19 040**	**22 536**	**20 079**
A	Bourses d'études	1 244	1 415	1 592	1 152	888
A	Bourses de recherche	4 588	5 054	5 424	5 856	6 499
B	Bourses de formation spécialisée	802[5]	0	0	0	0
B	Primes d'installation	2 098[5]	(98)[6]	0	0	0
A	Mesures incitatives	2 618	3 539	4 326	5 202	5 307
A	Assurance-responsabilité professionnelle	0	3 075	7 698	10 326	7 385
B	**Services hospitaliers**	**105 110**	**113 448**	**129 377**	**116 146**	**117 530**
	Services rendus hors du Québec	91 149	97 546	111 377	98 155	99 517
	Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	13 961	15 902	18 000	17 991	18 013
	Total	**1 899 901**	**2 045 506**	**2 225 913**	**2 393 850**	**2 566 628**

1. Dans le tableau, A et B font référence respectivement aux programmes administrés en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (voir Annexe 1).
2. Depuis l'exercice 1987-1988, la médecine de laboratoire a été intégrée à la rémunération à l'acte.
3. Programme confié à la Régie depuis l'exercice 1989-1990.
4. Services intégrés à l'assurance-maladie en février 1986.
5. Programme confié à la Régie pour l'exercice 1985-1986.
6. Les parenthèses indiquent qu'il s'agit de la correction d'une dépense surévaluée l'année précédente.

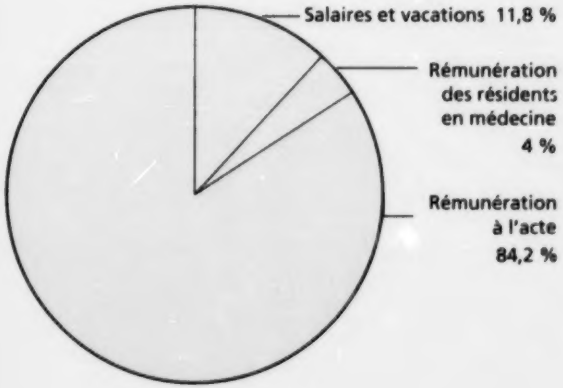
Graphique 2

Répartition du coût des programmes en 1989-1990



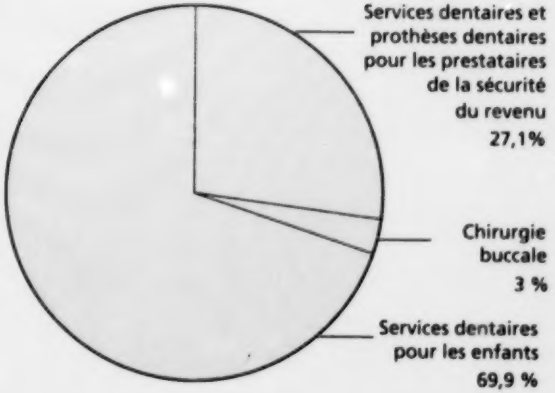
Graphique 3

Services médicaux



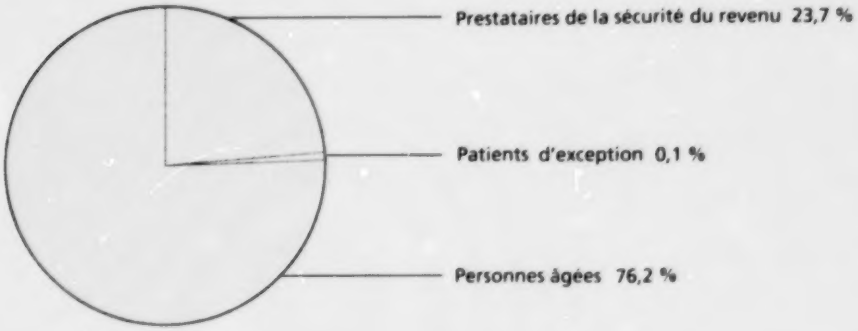
Graphique 4

Services dentaires



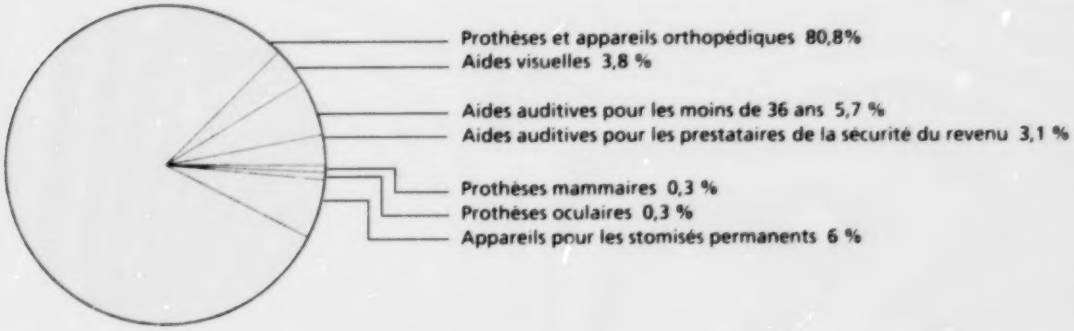
Graphique 5

Médicaments et services pharmaceutiques



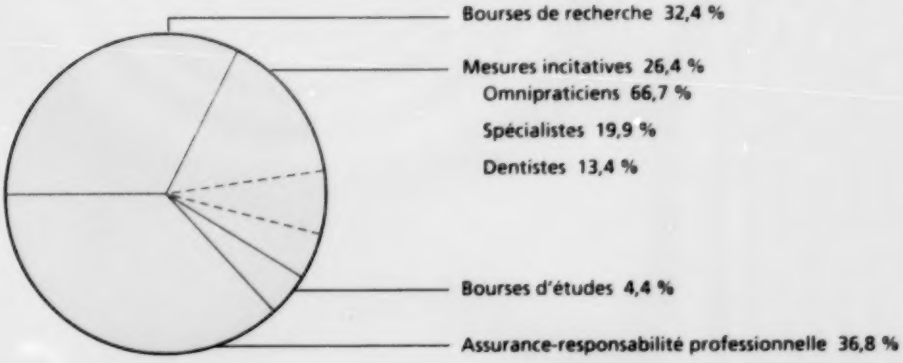
Graphique 6

Prothèses



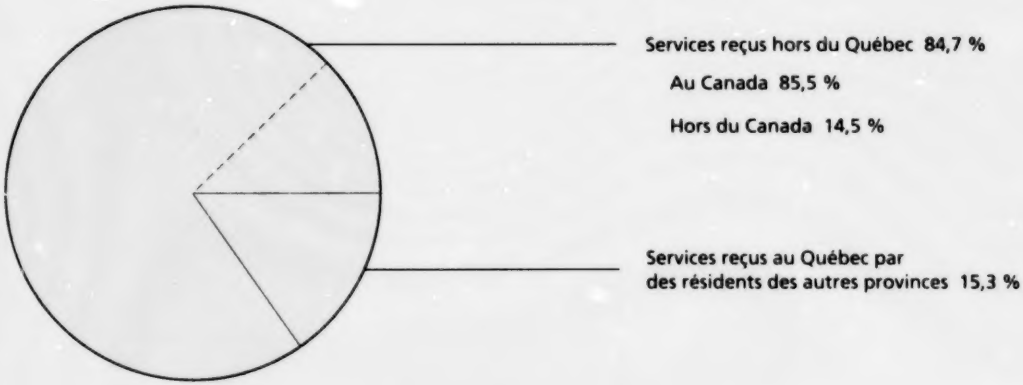
Graphique 7

Bourses et primes

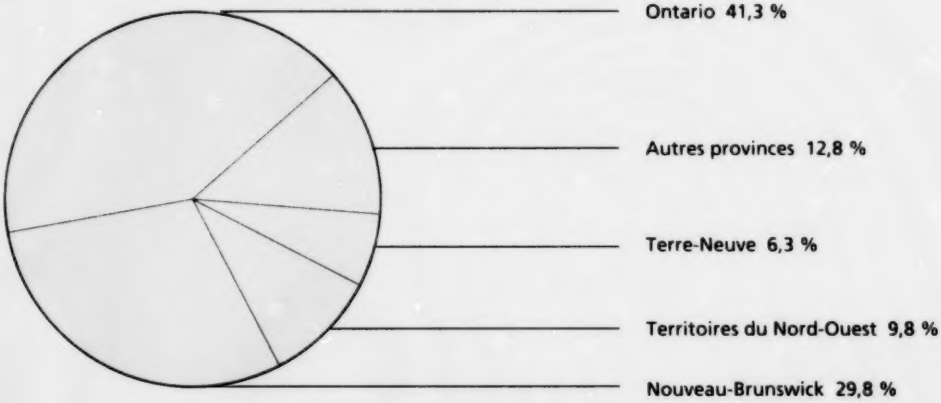


Graphique 8

Services hospitaliers

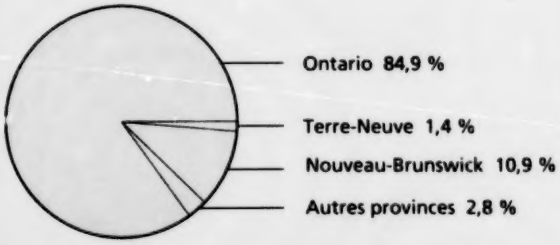


Services reçus par des résidents des autres provinces

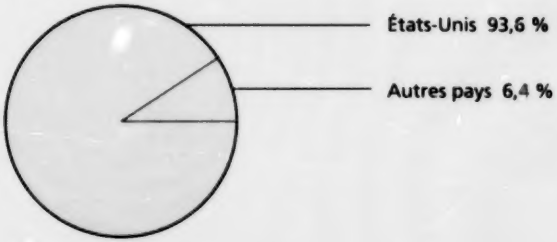


Services reçus hors du Québec

Au Canada



Hors du Canada



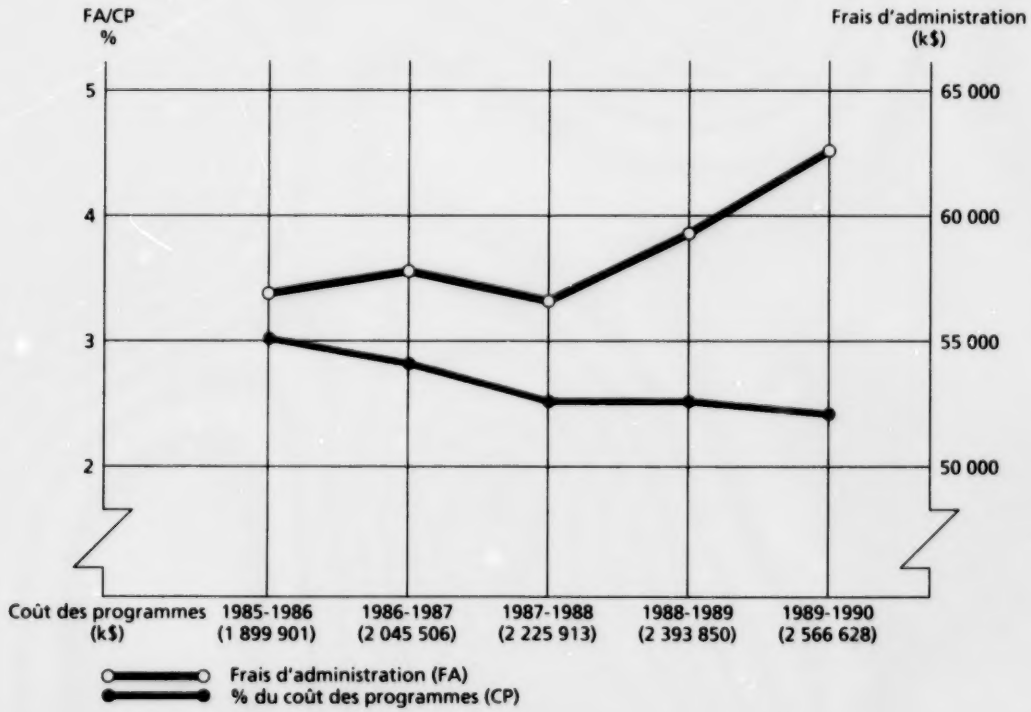
2.3 Les frais d'administration

L'administration de la Régie a engendré des frais de 62 659 M$ au cours de l'exercice financier 1989-1990. Depuis 1985-1986, ces frais ont augmenté de 5,8 M$, ce qui équivaut à un taux moyen de croissance annuelle de 2,5 %. Ce pourcentage est toutefois de beaucoup inférieur au taux d'augmentation des traitements consenti par le gouvernement à ses employés et à la progression de l'indice des prix pour la même période. Ce résultat, combiné au fait que durant la même période le nombre de demandes de paiement traitées augmentait annuellement de 5,1 % en moyenne, reflète une productivité accrue et des efforts soutenus de la part de la Régie pour réduire divers frais de fonctionnement.

En 1989-1990, les frais d'administration représentaient 2,4 % du coût des programmes.

Graphique 9

Évolution des frais d'administration de 1985-1986 à 1989-1990



Chapitre 3

L'ADMINISTRATION

3.1 L'organisation

3.1.1 La structure administrative

Le 12 septembre 1989, la Régie se dotait d'une nouvelle structure administrative supérieure. Améliorer le fonctionnement de la Régie et favoriser le plein accomplissement de tous les aspects de sa mission, notamment en matière de contrôle et d'évaluation, voilà les principaux objectifs de ce réaménagement.

En effet, la mission de la Régie comporte trois volets majeurs qui sont: payer ou rembourser le coût des services et des biens assurés, évaluer et contrôler l'utilisation du régime ou des programmes et conseiller sur ce sujet les autorités gouvernementales intéressées.

La nouvelle structure administrative se caractérise par:

- La création de quatre directions générales, ayant à leur tête des directeurs généraux adjoints: ce sont la Direction générale de l'évaluation et du contrôle, la Direction générale des services à la clientèle, la Direction générale des opérations et la Direction générale de l'administration;

- La répartition, dans les trois premières, des activités directement reliées à l'accomplissement de la mission;

- Le regroupement, dans la dernière, des activités de soutien;

- Le regroupement, dans une direction relevant du président-directeur général, des activités d'assurance-qualité, de vérification interne et d'information de gestion pour l'ensemble de la Régie;

- Le maintien du rattachement de la Direction du contentieux et du secrétariat au président-directeur général et l'accroissement de sa contribution au rôle de conseil que joue la Régie;

- La création d'un poste de commissaire aux plaintes des bénéficiaires.

Les responsables des quatre directions générales sont: M. Gérard Soucy (évaluation et contrôle), M. Marc St-Pierre (services à la clientèle), M. Pierre Houde (opérations) et M. André Roy (administration). Me Paul-Émile Lafrance occupe le poste de commissaire aux plaintes des bénéficiaires, Me Denis Morency cumule les fonctions de directeur du contentieux et du secrétariat et de secrétaire de la Régie et M. Jacques Barry est directeur de la vérification interne et de l'assurance-qualité.

3.1.2 Le comité constitué par le président-directeur général

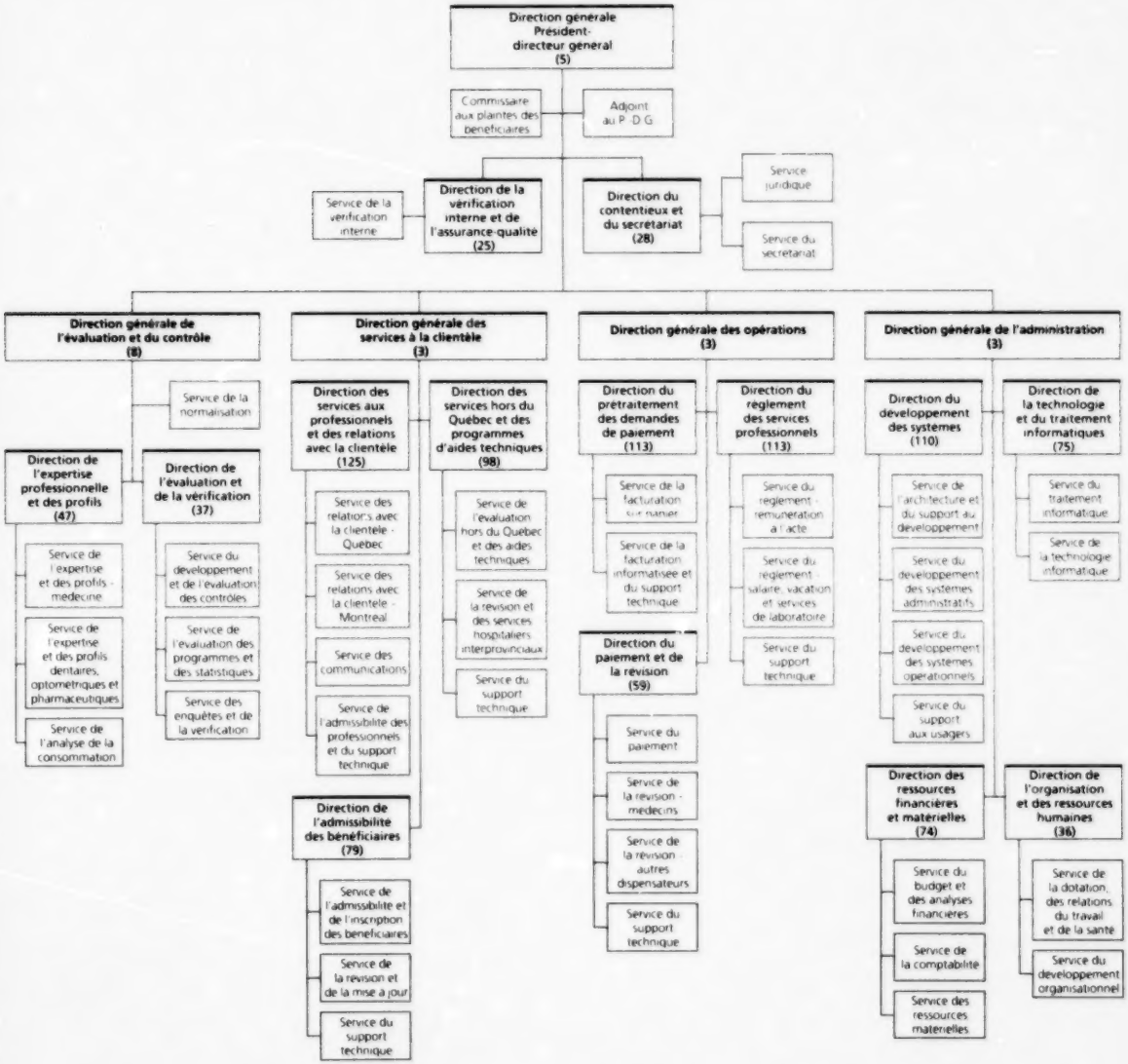
Le Comité de régie interne

Le Comité de régie interne se compose du président-directeur général, des directeurs généraux adjoints, du directeur du contentieux et du secrétariat et de l'adjoint au président-directeur général.

Le rôle du Comité de régie interne est de conseiller le président-directeur général dans l'exercice de ses fonctions, de participer à la solution des problèmes de gestion générale, à la définition des orientations et priorités en matière de projets ainsi qu'à la détermination des ressources humaines, informationnelles, financières et matérielles, et d'effectuer le suivi des activités afférentes. De plus, il assure l'unité d'action des gestionnaires dans l'administration courante des affaires de la Régie.

Graphique 10

Structure administrative supérieure[1]



1. Le chiffre figurant sous le nom de certaines unités administratives correspond au nombre d'employés qui en font partie.

3.2 La gestion

3.2.1 Les unités administratives de gestion des programmes

La Direction générale de l'évaluation et du contrôle

La Direction générale de l'évaluation et du contrôle, en plus d'élaborer les normes d'application des divers programmes, fournit l'expertise professionnelle dans les diverses sciences de la santé à tous les secteurs de la Régie qui en ont besoin. Elle assure le contrôle des programmes pour en identifier et corriger les abus, conscients ou non, de la part des dispensateurs de services assurés et des bénéficiaires et elle fait l'analyse et l'évaluation des programmes afin d'aider la Régie à jouer son rôle de conseil auprès des autorités gouvernementales.

Les fonctions de la Direction générale sont réparties entre les trois unités administratives suivantes: la Direction de l'expertise professionnelle et des profils, la Direction de l'évaluation et de la vérification et le Service de la normalisation.

La Direction de l'expertise professionnelle et des profils

À la Direction de l'expertise professionnelle et des profils s'exercent de façon systématique et continue des activités de contrôle a priori et a posteriori. Ainsi, l'analyse et l'évaluation des dossiers des cas complexes ou de révision, de cas de conciliation et des demandes d'autorisation (pour la chirurgie plastique, la chirurgie buccale, les médicaments et les patients d'exception, ainsi que les soins spécialisés ou d'urgence reçus hors du Québec) sont confiées aux divers secteurs «Expertise» de cette direction. Le sommaire de ces activités d'expertise, au 31 mars 1990, s'établit comme suit.

Tableau 2

Dossiers d'expertise professionnelle

	Nombre de dossiers analysés			
	Expertise médicale	**Expertise dentaire**	**Expertise pharmaceutique**	**Expertise optométrique**
Règlement des cas complexes	44 421	11 101	50 287	570
Règlement des cas de révision	6 927	1 280	170	26
Règlement des cas hors du Québec	3 792	56	1 202	8
Règlement des cas d'orthèses-prothèses	2 125	S/O	S/O	S/O
Demandes d'autorisation de chirurgie plastique et buccale	6 770	903	S/O	S/O
Médicaments d'exception	S/O	S/O	13 297	S/O
Patients d'exception	S/O	S/O	1 932	S/O
Total	**64 035**	**13 340**	**66 888**	**604**

S/O: sans objet.

La Direction assume de plus la tâche de contrôler les demandes de paiement des professionnels de la santé conventionnés par l'analyse des profils de facturation dits *profils de pratique*.

Au cours de l'année budgétaire 1989-1990, la Direction a examiné les profils de facturation de 629 médecins, 262 dentistes, 60 optométristes et 581 pharmaciens. Ont été retenus pour analyse plus poussée les profils de facturation de 521 médecins, 227 dentistes, 10 optométristes et 212 pharmaciens. De plus, 248 professionnels de la santé ont eu des entrevues avec des confrères de la Régie. Plusieurs cas ont été soumis aux différents comités de révision: huit au Comité de révision des omnipraticiens, quatre au Comité de révision des spécialistes, un au Comité de révision des dentistes et quatre au Comité de révision des optométristes.

Certains aspects des contrôles impliquent aussi la contribution d'autres organismes, soit les comités de révision et les ordres professionnels, qui ont le pouvoir d'examiner certaines matières. Les tableaux 3 et 4 indiquent le nombre de dossiers qui leur ont été soumis au cours des deux derniers exercices.

Tableau 3

Recommandations des comités de révision (nombre et montants à recouvrer)

	1988-1989			1989-1990		
	N		$	N		$
	R	NR		R	NR	
Omnipraticiens	2	1	127 232	9	1	724 222
Spécialistes	2	0	80 513	3	1	141 128
Dentistes	1	1	84 185	0	3	0
Optométristes	1	0	78 327	4	0	90 039
Total	**6**	**2**	**370 257**	**16**	**5**	**955 389**

R: avis de la Régie retenu.

NR: avis de la Régie non retenu.

Tableau 4

Dossiers soumis aux ordres professionnels (nombre)

	1988-1989	1989-1990
Médecins	11	16
Pharmaciens	2	7
Total	**13**	**23**

La Commission des affaires sociales est appelée à statuer sur les dossiers soumis par les professionnels de la santé qui se sentent lésés à la suite d'une décision rendue par la Régie dans les cas étudiés par les comités de révision. Le tableau 5 fournit les données pour 1989-1990.

Au cours de l'année 1989-1990, s'est aussi mise en place une autre forme de contrôle, visant particulièrement la consommation des médicaments pris en charge par la Régie. On contrôle désormais leur utilisation par ceux des prestataires de la sécurité du revenu qui ont été identifiés comme en étant de trop grands consommateurs. Ces derniers sont inscrits dans un «registre d'exception» et contraints à s'approvisionner chez un pharmacien unique dit *pharmacien désigné*.

La Direction de l'évaluation et de la vérification

La Direction de l'évaluation et de la vérification se sert de mécanismes de contrôle visant à assurer la bonne administration du régime d'assurance-maladie et celle des programmes qui est confiée à la Régie par d'autres ministères ou organismes. Ces contrôles (voir Annexe 4), qui consistent entre autres en des sondages, des vérifications et des enquêtes, peuvent mener soit à des poursuites, soit à des réclamations ou des annulations de paiement.

Au cours de l'exercice financier 1989-1990, la Direction a envoyé à des bénéficiaires 32 603 formulaires de vérification des services rendus pour leur demander de confirmer ou d'infirmer l'authenticité d'un ou de plusieurs services reçus d'un dispensateur de services assurés. Les bénéficiaires sont avisés de ne retourner ce formulaire que si la réponse est négative; le taux de retour a été de 0,06 %.

Tableau 5

Appels à la Commission des affaires sociales en 1989-1990

	À l'étude en 1988-1989	Présentés	Décisions	Favorables à la Régie	Favorables au professionnel de la santé	Désistements	À l'étude
Omnipraticiens	7	6	1	0	1	1	11
Spécialistes	6	1	3	3	0	1	3
Dentistes	2	0	1	1	0	0	1
Optométristes	1	1	0	0	0	1	1

La Direction a également traité 442 dossiers relativement à l'admissibilité de 667 bénéficiaires.

De plus, elle a reçu 192 plaintes concernant l'authenticité des services dont le paiement a été demandé ou leur conformité avec les honoraires demandés. Enfin, 68 analyses ou recherches diverses ont été effectuées à la suite de demandes internes ou externes.

Par ailleurs, 201 dossiers d'enquêtes ont été ouverts au cours de l'annee, s'ajoutant aux 124 dossiers en inventaire. Parmi ces 325 dossiers, 183 ont été fermés. Les principales situations qui ont fait l'objet d'enquêtes sont les examens avec déplacement, les rémunérations versées sous plusieurs modes, les réparations des fauteuils roulants motorisés, le programme de médicaments et de services pharmaceutiques et les demandes de remboursement faites par des bénéficiaires pour des services reçus hors du Canada.

La Régie a intenté neuf poursuites, soit six contre des pharmaciens, une contre un dentiste et une contre un denturologiste. Une poursuite a également été intentée contre un chiropraticien pour avoir aidé des bénéficiaires à faire prendre en charge par la Régie des services non assurés.

À la suite d'enquêtes, la Régie a réclamé le remboursement de certaines sommes déjà versées et a refusé d'en verser certaines autres. Le total de ces montants s'établit à 2 065 403 $ et il se répartit comme l'indique le tableau 6, qui fournit à des fins de comparaison des données pour les deux dernières années budgétaires.

L'accumulation et le traitement des données recueillies dans le cadre de l'administration des différents programmes ont permis à la Direction de répondre aux demandes de production et de transmission de données, ce qui satisfait aux dispositions des ententes des professionnels de la santé et des accords avec certains ministères ou organismes. Pendant l'exercice, la Direction a préparé les tableaux statistiques nécessaires à la publication des *Statistiques annuelles 1988* de la Régie.

Tableau 6

Réclamations et annulations de paiement à la suite d'enquêtes (nombre et montants)

	1988-1989[1]		1989-1990	
	N	$	N	$
Omnipraticiens	36	148 306	15	227 476
Spécialistes	14	107 354	7	223 215
Dentistes	3	26 952	1	37 500
Pharmaciens	2	1 485	8	195 541
Optométristes			5	15 337
Bénéficiaires			5	25 987
Établissements			6	1 340 347
Autres[2]	3	83 021		
Total	**58**	**367 118**	**47**	**2 065 403**

1. Les données de 1988-1989 ne comprennent pas les annulations de paiement.
2. En 1988-1989, les optométristes, les bénéficiaires et les établissements étaient inclus dans la catégorie «autres».

Le Service de la normalisation

Le Service de la normalisation détermine la position officielle de la Régie en ce qui concerne les lois, les ententes, les accords et les programmes qu'elle administre en établissant des normes d'application. Pendant l'année budgétaire, 378 normes d'application ont été modifiées et 82 autres ont été élaborées.

La Direction générale des services à la clientèle

La Direction générale des services à la clientèle regroupe, de façon générale, les fonctions qui nécessitent des relations directes avec les bénéficiaires, les professionnels de la santé, les autres dispensateurs de services ou de biens assurés et avec les établissements du réseau de la santé. Ces fonctions comprennent l'information personnalisée et de masse, l'inscription des bénéficiaires et des dispensateurs de services assurés, la délivrance de la carte d'assurance-maladie et le traitement des demandes de paiement et de remboursement pour des services assurés reçus par des bénéficiaires hors du Québec, ainsi que pour les programmes de prothèses, d'orthèses et d'aides. La Direction générale s'occupe également des relations avec les instances intéressées pour régler les problèmes d'application de ces programmes et mettre au point les accords interprovinciaux ou pancanadiens qui s'y rapportent.

La Direction des services aux professionnels et des relations avec la clientèle, la Direction de l'admissibilité des bénéficiaires et la Direction des services hors du Québec et des programmes d'aides techniques remplissent chacune différents aspects de la mission de la Direction générale des services à la clientèle, qu'elles composent.

La Direction des services aux professionnels et des relations avec la clientèle

Une partie importante des services directs que la Régie offre à la population, de même qu'aux dispensateurs de services assurés, relèvent de la Direction des services aux professionnels et des relations avec la clientèle en raison de son mandat.

Les représentants du Service des relations avec la clientèle, qui compte un bureau à Québec et un à Montréal, ont continué leurs efforts en vue de favoriser l'essor de la facturation informatisée. En plus de poursuivre les séances d'information destinées aux futurs diplômés d'universités et d'écoles spécialisées, ils ont organisé trois salons de l'Informatique-Santé, tenus à Montréal, à Québec et à Hull. Ces manifestations ont attiré quelque 1 055 professionnels de la santé venus rencontrer des fournisseurs d'équipements informatiques, de logiciels et de services de gestion médico-administrative.

De nombreuses personnes se rendent à nos bureaux de Québec et de Montréal pour s'inscrire ou obtenir des renseignements. Les tableaux 7 et 8 résument les principales activités de la Régie respectivement en ce qui a trait aux services aux bénéficiaires et en ce qui concerne les services aux dispensateurs de services assurés.

Tableau 7

Services aux bénéficiaires

	1988-1989	1989-1990
Appels téléphoniques auxquels on a répondu à Québec et à Montréal annuellement	387 656	353 177
Moyenne hebdomadaire	7 455	6 792
Expositions, salons et congrès où la Régie était présente	22	9
Visiteurs au stand de la Régie	2 858	2 305
Visiteurs aux bureaux de la Régie	51 566	51 888

Tableau 8

Services aux dispensateurs de services assurés

	1988-1989	1989-1990
Appels téléphoniques auxquels on a répondu et qu'on a faits annuellement à Québec et à Montréal	128 066	119 976
Moyenne hebdomadaire	2 463	2 307
Dispensateurs de services assurés rencontrés individuellement ou en groupe	7 868	6 077

Cette direction a également le mandat de tenir un fichier des dispensateurs agréés de services assurés permettant d'établir leur admissibilité aux divers modes de rémunération. Les tableaux 9 et 10 précisent la composition de ce fichier.

Les professionnels de la santé, c'est-à-dire les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens, qui sont agréés par la Régie doivent s'y inscrire selon le statut qu'ils ont choisi (voir la définition des statuts à l'Annexe 3).

Bon nombre de professionnels de la santé de l'extérieur du Québec adhèrent à notre régime d'assurance-maladie et acceptent ainsi d'être rémunérés au tarif du Québec pour les services qu'ils fournissent à des résidents québécois.

Tableau 9

Professionnels de la santé

	Soumis à une entente		Désengagés		Non participants		Adhérents hors du Québec	
	1988-1989	1989-1990	1988-1989	1989-1990	1988-1989	1989-1990	1988-1989	1989-1990
Omnipraticiens	8 253	8 030	4	6	13	14	578	593
Spécialistes	7 847	8 051	2	2	32	32	609	594
Dentistes	2 827	2 768	6	4	187	184	23	33
Spécialistes en chirurgie buccale	55	57	0	0	0	0	0	0
Optométristes	990	1 020	0	0	0	0	43	45
Pharmaciens propriétaires	1 271[1]	1 276[2]	0	0	3	2	12	12
Total	**21 243**	**21 202**	**12**	**12**	**235**	**232**	**1 265**	**1 277**

1. Pour 1 474 pharmacies.
2. Pour 1 440 pharmacies.

Tableau 10

Autres dispensateurs de services assurés

	1988-1989	1989-1990
Aides auditives		
Établissement	1	1
Audioprothésistes	136	156
Prothèses dentaires		
Denturologistes	863	871
Prothèses oculaires		
Ocularistes	5	5
Aides visuelles		
Établissements	5	5
Prothèses et orthèses		
Établissements	12	12
Laboratoires	17	18
Total	**1 039**	**1 068**

Nouvellement rattaché à la Direction, le Service des communications a maintenu et amélioré les moyens lui permettant d'offrir à toutes les unités administratives de la Régie une expertise professionnelle dans les domaines du graphisme, de la rédaction, de la révision linguistique, de la terminologie, de la traduction et des relations publiques. Il a aussi pour mandat de diffuser les informations d'ordre administratif auprès des professionnels de la santé et des autres dispensateurs de services assurés (elles sont contenues dans les communiqués) et auprès des agences de facturation informatisée (elles se trouvent dans les infos-techniques).

Au cours de l'exercice financier, il a publié le *Rapport annuel 1988-1989* et les *Statistiques annuelles 1988*. À ces ouvrages paraissant chaque année, il faut ajouter les communiqués de presse, les chroniques et les divers articles produits pour répondre à des besoins particuliers. Le Service a aussi continué de publier le *Bloc-Notes*, journal interne de l'organisme maintenant rédigé par la Direction des ressources humaines.

La Direction de l'admissibilité des bénéficiaires

Conformément à la loi, les personnes admissibles au régime d'assurance-maladie doivent s'inscrire à la Régie (voir Annexe 2). La tenue du fichier exige un nombre important de mises à jour puisque tout changement d'état civil ou de domicile doit être signalé à la Régie. Quiconque est inscrit à la Régie reçoit une carte d'assurance-maladie valide pour une période donnée et renouvelée à son expiration s'il demeure admissible au régime. De plus, la Régie remplace les cartes sur la demande du bénéficiaire.

Le tableau 11 illustre les différentes modifications apportées au fichier des bénéficiaires au cours de l'exercice financier 1989-1990 comparativement à 1988-1989.

Tableau 11

Modifications apportées au fichier des bénéficiaires

	1988-1989	1989-1990
Nouvelles inscriptions	58 251	57 574
Naissances	91 254	91 920
Changements d'adresse	1 259 482	1 170 732
Changements de nom	23 383	23 451
Cartes renouvelées automatiquement	1 487 813	1 399 177
Cartes délivrées sur demande	485 215	503 316

Les données du tableau 11 incluent l'inscription ou le renouvellement de l'inscription de revendicateurs du statut de réfugiés politiques reconnus comme admissibles au régime par le ministre de la Santé et des Services sociaux; les données sur ces inscriptions et renouvellements d'inscription se détaillent comme suit.

Tableau 12

Revendicateurs du statut de réfugiés politiques

	1988-1989	1989-1990
Nouvelles inscriptions	14 699	7 453
Renouvellements d'inscription	16 533	24 610

Des protocoles d'entente permettent à des Québécois séjournant dans certains pays étrangers d'être couverts par le régime d'assurance-maladie de ces pays et, inversement, à des nationaux de ces pays séjournant ici d'être couverts par notre régime.

La Direction des services hors du Québec et des programmes d'aides techniques

La Direction a pour mission de payer ou de rembourser le coût des services professionnels et hospitaliers reçus par des bénéficiaires hors du Québec et les différentes aides techniques fournies aux personnes handicapées du Québec.

Elle doit également, en conformité avec les accords interprovinciaux, payer ou rembourser le coût des services hospitaliers fournis à des résidents d'autres provinces par des établissements québécois.

De plus, elle collabore, avec les ministères et organismes intéressés, à la définition des orientations et des mécanismes à privilégier en ce qui concerne la mise au point, la révision et l'implantation des programmes d'aides techniques destinées aux handicapés.

Au cours de l'exercice 1989-1990, la Direction a traité 439 615 demandes de paiement ou de remboursement pour des services reçus ou fournis hors du Québec et pour l'ensemble des programmes d'aides techniques (voir le tableau 13). Elle a également traité 7 586 demandes de révision.

Tableau 13

Nombre de demandes de paiement ou de remboursement pour les services hors du Québec et les programmes d'aides techniques

Services reçus ou fournis hors du Québec	
Au Canada	
Services professionnels	167 929
Services hospitaliers	85 079
Hors du Canada	
Services professionnels et services hospitaliers	50 382
Services reçus au Québec	
Résidents des autres provinces	11 446
Programmes d'aides techniques	
Orthèses et prothèses	89 060
Aides auditives	17 979
Aides visuelles	5 960
Prothèses mammaires	2 380
Appareils pour stomisés permanents	7 497
Prothèses oculaires	1 903

Pendant l'exercice, elle a participé à la mise au point et à l'implantation d'une entente touchant le remboursement des services médicaux dispensés en zone frontalière ontarienne aux résidents de l'Outaouais. Cette entente est entrée en vigueur le 1er novembre 1989 et a produit, en 1989-1990, 2 801 demandes de paiement ou de remboursement représentant une somme de 738 625 $.

La Direction des services hors du Québec et des programmes d'aides techniques, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, a finalement amorcé l'implantation d'un processus de révision annuel du contenu des programmes d'aides techniques au cours de l'exercice 1989-1990.

La Direction générale des opérations

La Direction générale des opérations procède à l'évaluation des demandes de paiement et verse aux professionnels de la santé, selon différents modes de rémunération, les montants auxquels ils ont droit pour les services et les biens assurés qu'ils dispensent au Québec et pour les autres avantages prévus par les programmes (bourses, mesures incitatives, avantages sociaux); elle rembourse, le cas échéant, les bénéficiaires qui ont obtenu des services de professionnels de la santé désengagés et verse les montants dont le paiement a été autorisé pour les services assurés reçus hors du Québec. Elle assure également les relations avec les instances intéressées pour régler les problèmes d'application des ententes ou programmes.

Les trois directions qui accomplissent le mandat de la Direction générale sont la Direction du prétraitement des demandes de paiement, la Direction du règlement des services professionnels et la Direction du paiement et de la révision.

La Direction du prétraitement des demandes de paiement

Près de 73 millions de demandes de paiement ont été reçues pendant l'année 1989-1990. De ce nombre, 20 % sont parvenues à la Régie par télécommunication, 35 % sont des demandes de paiement sur support magnétique et le reste, 45 %, sur papier.

La Régie privilégie la facturation informatisée parce qu'elle est plus économique, que la qualité des données de facturation est meilleure et que la rétroaction est plus rapide.

Des quelque 1 500 cliniques et agences de traitement de données qui transmettent régulièrement à la Régie des demandes de paiement, 56 % le font par télécommunication et 44 % par support magnétique. Cela représente la facturation de plus de 9 000 professionnels de la santé. La Direction du prétraitement des demandes de paiement offre son assistance à ces cliniques et agences: elle traite près de 300 problèmes mensuellement.

Tableau 14

Volume des demandes de paiement reçues selon les divers modes de facturation informatisée

	Médecins		Pharmaciens		Dentistes		Optométristes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ruban magnétique	2 826 217	16	18 546 272	84,3	0	0	0	0	21 372 489	54
Télécommunication synchrone	714 406	4	36 503	0,2	0	0	0	0	750 909	2
Télécommunication asynchrone	13 594 079	76,8	74 500	0,3	18 537	10,2	8 744	14,9	13 695 860	34
Disquette	574 159	3,2	3 351 866	15,2	163 925	89,8	49 957	85,1	4 139 907	10
Total	**17 708 861**	**100**	**22 009 141**	**100**	**182 462**	**100**	**58 701**	**100**	**39 959 165**	**100**

La Direction du règlement des services professionnels

Au cours de l'exercice 1989-1990, la Direction du règlement des services professionnels a traité 73 millions de demandes de paiement provenant des dispensateurs de services assurés, dont 2,6 millions ont dû être évaluées manuellement par suite de leur rejet à l'étape de la validation. Le taux de rejets a varié de 2 à 4 % pour la rémunération à l'acte alors qu'il a varié de 35 à 55 % pour la rémunération à la vacation ou honoraires forfaitaires et à salaire ou honoraires fixes.

La Direction a aussi traité les demandes de remboursement provenant des 40 centres hospitaliers universitaires pour la rémunération des 2 051 résidents en médecine. Elle a en outre effectué les remboursements relatifs aux mesures incitatives destinées aux médecins et aux dentistes. Le tableau 16 indique le nombre de remboursements effectués au cours des deux derniers exercices pour les quatre mesures incitatives.

À cela s'ajoutent les 6 000 demandes présentées par les omnipraticiens et les spécialistes pour obtenir le remboursement de la portion de leur prime d'assurance-responsabilité professionnelle payable par la Régie.

Tableau 15

Nombre de demandes de paiement soumises par les dispensateurs de services assurés selon le mode de rémunération

	À l'acte	À la vacation (ou honoraires forfaitaires)[1]	À salaire (ou honoraires fixes)
Médecins	43 904 881	68 166	36 233
Dentistes	2 249 328	1 794	1 586
Optométristes	2 094 166	S/O	S/O
Pharmaciens	24 355 211	S/O	S/O
Denturologistes	26 551	S/O	S/O

1. Pour les dentistes, l'appellation *rémunération à la vacation* est la seule utilisée.

Tableau 16

Nombre de remboursements relatifs aux mesures incitatives

	Omnipraticiens		Spécialistes		Dentistes	
	1988-1989	1989-1990	1988-1989	1989-1990	1988-1989	1989-1990
Frais de ressourcement	1 990	2 112	522	513	391	442
Frais de sorties	117	90	5	5	40	39
Primes d'éloignement	384	270	29	21	82	116
Frais de déménagement	60	56	0	0	24	36

La Direction du paiement et de la révision

La Direction du paiement et de la révision effectue tous les contrôles appropriés pour traiter l'ensemble des transactions comptables affectant un compte de dispensateur de services assurés ou de bénéficiaire. Au cours de l'année 1989-1990, près de 582 000 chèques et 113 000 virements bancaires ont été faits pour payer des sommes atteignant un total d'environ 2 400 M$. Il a fallu 322 productions informatiques pour procéder à l'émission de ces paiements. À cela s'ajoutent les activités reliées au traitement des dossiers de saisies, de faillites, de recouvrements de créances, de successions et l'ensemble des rapports à produire pour différents organismes.

Parmi toutes les demandes de paiement ou de remboursement auxquelles la Régie a satisfait, 0,5 % ont fait l'objet d'une révision du paiement. Près de 269 000 demandes de révision sont parvenues à la Régie et, sur ce nombre, 1 627 ont été soumises aux différents mécanismes de conciliation des relevés d'honoraires prévus par les ententes. En plus, 89 839 demandes de paiement ont été révisées consécutivement à des vérifications et à l'entrée en vigueur rétroactive d'amendements aux ententes.

Tableau 17

Nombre de demandes de remboursement ou de paiement soumises par les bénéficiaires

Services reçus au Québec	
Admissibles au régime n'ayant pas présenté leur carte d'assurance-maladie	22 755
Admissibles au régime ayant consulté un professionnel de la santé désengagé	14 017

3.2.2 L'unité administrative de gestion des ressources

La Direction générale de l'administration

La Direction générale de l'administration a la responsabilité d'élaborer des normes, des politiques et des procédures, ainsi que de fournir un soutien à l'ensemble de la Régie. Elle s'occupe des relations avec les organismes centraux pour tout ce qui touche les ressources humaines et matérielles, de même que la gestion financière. En matière de gestion des ressources informationnelles, elle est non seulement responsable des relations avec les organismes centraux, mais encore du développement, de l'entretien et de l'évolution des systèmes informatisés, de l'exploitation des ordinateurs centraux et de la gestion du parc informatique de la Régie. Elle contribue également à l'organisation du travail.

La Direction générale confie les activités lui permettant de remplir son mandat à ses quatre composantes, soit la Direction du développement des systèmes, la Direction de la technologie et du traitement informatiques, la Direction des ressources financières et matérielles et finalement la Direction de l'organisation et des ressources humaines.

La Direction du développement des systèmes

La Direction du développement des systèmes définit et tient à jour l'architecture globale des systèmes d'information de la Régie, assiste les autres unités administratives dans l'entretien et le développement des systèmes informatiques et met au point des systèmes d'administration des données.

La Direction de la technologie et du traitement informatiques

La Direction de la technologie et du traitement informatiques fournit les services de traitement informatique et de conservation des données et gère l'infrastructure matérielle et logicielle pour répondre aux besoins des utilisateurs dans les domaines de l'informatique centralisée, de la bureautique et de la micro-informatique.

La Direction des ressources financières et matérielles

La Direction des ressources financières et matérielles se charge de la gestion des fonds nécessaires à l'administration de la Régie et au fonctionnement des programmes, de l'élaboration du cadre budgétaire, du budget directeur et de son suivi, de la préparation des états financiers, de la comptabilité et du recouvrement de sommes dues (au cours de 1989-1990, une somme de 2 844 562 $ a été recouvrée pour un total de 1 565 réclamations). De plus, elle s'occupe de l'aménagement des locaux, de la gestion du siège de l'organisme, de la reprographie, de l'approvisionnement et du courrier.

La Direction de l'organisation et des ressources humaines

La dotation, les relations de travail, de même que la santé et la sécurité au travail (y compris l'application de l'interdiction de fumer partout à la Régie sauf dans les fumoirs) relèvent de la Direction de l'organisation et des ressources humaines, qui gère aussi le plan de développement des ressources humaines, dont peuvent bénéficier les 1 070[1] personnes travaillant à la Régie.

3.2.3 Les unités administratives de soutien

La Direction du contentieux et du secrétariat

La Direction du contentieux et du secrétariat conseille la Régie sur les questions juridiques, assure la représentation de celle-ci devant tous types de tribunaux et apporte sa contribution à l'élaboration, à la modification et à l'interprétation des lois, règlements, ententes et programmes touchant la Régie. Elle conseille le président-directeur général sur les recommandations à faire aux autorités gouvernementales au sujet de la modification des programmes et agit, par délégation, à titre de porte-parole de la Régie. Elle assume la coordination du Conseil d'administration, du Comité de régie interne et des autres comités et conseils prévus par la loi et les ententes, et elle se charge du travail de secrétariat que nécessite la tenue de leurs séances. Elle coordonne les relations que la Régie a avec les ministères et organismes du gouvernement du Québec pour élaborer et modifier les ententes et les programmes qu'elle administre. La Direction coordonne aussi l'application, à l'intérieur de la Régie, de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* ainsi que les activités relatives à la gestion et à la conservation des documents.

Sur le plan juridique, les activités les plus importantes se rapportent toujours aux dossiers de nature litigieuse, particulièrement en matière de droit administratif.

L'établissement de la *Loi modifiant la Loi sur l'assurance-maladie et d'autres dispositions législatives* (projet de loi 139, 1989, chapitre 50), sanctionnée le 22 juin 1989, a continué d'être une activité majeure au cours du dernier exercice. Le Service juridique a préparé, mis en place et coordonné l'ensemble du processus d'implantation des nouvelles dispositions législatives. Par ailleurs, il a amorcé l'élaboration de la réglementation afférente.

Le Service juridique s'est aussi beaucoup employé à conseiller la Régie sur les questions ayant une incidence juridique et à l'éclairer sur les problèmes d'applicabilité des amendements apportés aux ententes avec les professionnels de la santé.

Le Service du secrétariat a participé de façon constante aux négociations d'ententes et d'amendements avec les professionnels de la santé, aux négociations d'ententes en matière de sécurité sociale avec certains pays étrangers, ainsi qu'à la préparation ou à la modification d'accords avec les professionnels de la santé et certains organismes, en fournissant un appui soutenu au ministère de la Santé et des Services sociaux et au ministère des Affaires internationales, respectivement responsables de ces négociations. C'est aussi avec son concours qu'ont été élaborées des modifications réglementaires touchant les divers programmes. Il a de plus collaboré aux travaux préparatoires au trente-sixième amendement à l'entente entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, ainsi qu'au renouvellement de l'entente avec l'Association professionnelle des optométristes du Québec.

Dans le cadre de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, la Régie a conclu, au cours de l'an-

1. Ce nombre inclut les 29 personnes appartenant à la réserve d'effectif.

née, quelques ententes sur l'échange de renseignements avec différents organismes.

Par ailleurs, à titre de responsable désigné en vertu de la *Loi sur l'accès*, le secrétaire de la Régie a reçu 12 demandes d'accès à des renseignements nominatifs ou à des documents. Aucune décision n'a fait l'objet de révision à la Commission d'accès à l'information.

Le système intégré de gestion des documents administratifs vise à permettre à la Régie d'assumer adéquatement les obligations imposées par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* et la *Loi sur les archives*, tout en améliorant nettement l'efficacité de l'ensemble de ses activités reliées à la gestion des documents.

Au début de 1989, une évaluation de la convivialité du prototype de système de gestion documentaire expérimenté en 1987 et en 1988 a conduit la Direction à surseoir à l'extension prévue de ce système à l'ensemble de la Régie.

La Régie a entrepris l'inventaire des pratiques de gestion des documents afin de terminer la mise en forme du plan de classification qu'elle a conçu pour structurer son information à usage interne et afin de poursuivre l'élaboration de son calendrier de conservation, dont une partie a déjà été soumise aux Archives nationales du Québec.

La Direction de la vérification interne et de l'assurance-qualité

La Direction de la vérification interne et de l'assurance-qualité procède à des évaluations et formule des recommandations concernant la gestion des ressources, des activités et des programmes dans les diverses unités administratives de la Régie afin de lui permettre d'améliorer l'utilisation des ressources humaines, matérielles et financières, ainsi que l'efficience des opérations.

La vérification de la qualité des opérations rattachées aux systèmes d'inscription et aux systèmes de traitement des demandes de paiement et de remboursement s'effectue dans le cadre d'un programme d'assurance de la qualité. La conception, la gestion et l'application de ce programme sont confiées à la Direction de la vérification interne et de l'assurance-qualité. Les travaux de vérification se font par échantillonnage statistique, extraction informatique, introduction de sondeurs (demandes de paiement de contrôle), suivi d'indicateurs de performance et réalisation d'études spéciales. Au cours de l'exercice 1989-1990, on a effectué 86 vérifications par échantillonnage, analysé 813 sondeurs introduits dans les systèmes et suivi 27 255 indicateurs de performance, actions qui ont respectivement donné lieu à la rédaction de 74, de 20 et de 52 rapports; 21 études spéciales ont aussi été effectuées.

D'autre part, un plan de vérification interne, sous la responsabilité immédiate du Service de la vérification interne, prévoit la vérification de l'ensemble des activités et systèmes de la Régie. Les projets de vérification nous permettent de nous assurer que toutes les ressources sont gérées conformément aux documents officiels et qu'elles sont utilisées selon des principes d'efficacité, d'efficience, d'économie, de fiabilité, d'intégrité et de protection des ressources. De plus, le Service a effectué un suivi trimestriel des recommandations provenant des rapports du Vérificateur général et de ceux qui ont suivi la réalisation des projets de développement informatique.

Finalement, la Direction assure le suivi global des inventaires des demandes de paiement et de remboursement, ainsi que la production, pour la haute direction, de l'information de gestion sur l'ensemble des activités de l'organisme et sur les programmes qu'il administre. Au cours de l'exercice 1989-1990, des rapports mensuels ont été produits sur chacun de ces deux sujets.

3.2.4 Le commissaire aux plaintes des bénéficiaires

Le 12 décembre 1989, le Conseil d'administration de la Régie a entériné la création d'un poste de commissaire aux plaintes des bénéficiaires.

Le mandat du commissaire aux plaintes des bénéficiaires est de représenter de façon indépendante les bénéficiaires devant l'administration de la Régie pour défendre leurs droits et voir à ce qu'ils obtiennent les meilleurs services. Il examine et apprécie les dispositions législatives et réglementaires, ainsi que les politiques et procédures administratives applicables aux bénéficiaires par la Régie et il fait des recommandations tant sur la détermination de leur contenu que sur leur application.

Le commissaire aux plaintes des bénéficiaires doit soumettre au Conseil d'administration de la Régie un rapport semestriel et un rapport annuel de ses activités.

La date récente de la création du poste explique l'absence de données sur les activités de son titulaire dans le présent rapport annuel.

3.2.5 La performance

Pour remplir son mandat, la Régie s'est fixé des objectifs portant, entre autres, sur la rationalisation de ses ressources humaines, informationnelles, matérielles et financières.

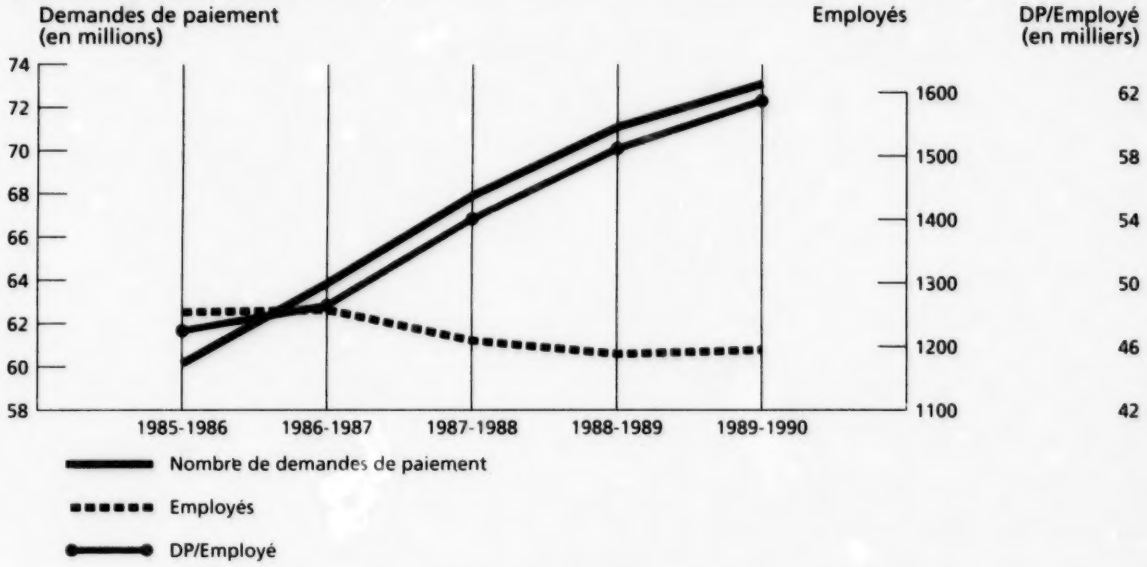
En 1989-1990, elle a continué à prêter une attention particulière au développement de l'organisation par la mise sur pied de nouveaux programmes de formation des employés, l'introduction ou l'amélioration d'outils de gestion, le développement et la modification des systèmes informatiques et de l'équipement.

Tout en tenant compte des ressources investies au cours des dernières années dans la réalisation du plan de développement informatique, la productivité a continué à augmenter. Son taux de croissance s'établit en effet à 6,4 % en moyenne depuis 1985-1986.

Comme on peut le voir aux graphiques 11 et 12, le nombre de demandes de paiement et de remboursement traitées par employé progresse sans cesse, tandis que les frais d'administration par demande de paiement se maintiennent toujours à moins d'un dollar.

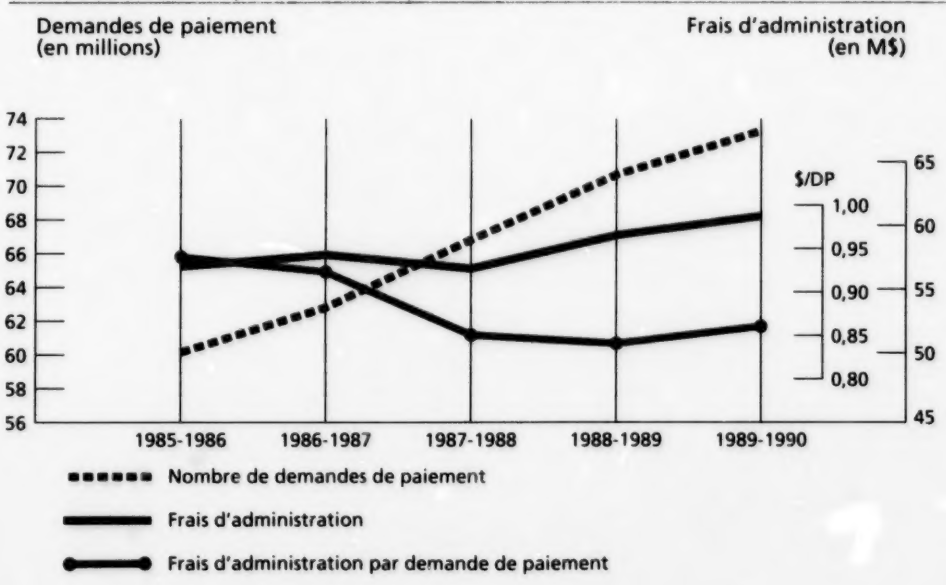
Graphique 11

Demandes de paiement traitées



Graphique 12

Frais d'administration par demande de paiement



Annexe 1

Description sommaire des programmes

A- Programmes administrés par la Régie en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement
Services médicaux		
– déterminés par la loi	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
– pour tous les bénéficiaires		
– pour les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	1er février 1986	Commission de la santé et de la sécurité du travail
Services optométriques		
– déterminés par règlement	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
– pour tous les bénéficiaires, sauf examen d'orthoptique pour les 16 ans ou moins		M.M.S.R.F.P. pour les P.S.R.[2]
Services de chirurgie buccale		
– déterminés par règlement	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
– pour tous les bénéficiaires		
Services dentaires		
– déterminés par règlement		
– pour les enfants	1er mai 1974	Fonds des services de santé
– pour les prestataires de la sécurité du revenu	9 avril 1979	M.M.S.R.F.P.
Médicaments et services pharmaceutiques		
– déterminés par règlement		
– inscrits sur la liste de médicaments		
– pour les prestataires de la sécurité du revenu	1er août 1972	M.M.S.R.F.P.
– pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide de dernier recours conformément à la *Loi sur la sécurité du revenu*	1er octobre 1975	Fonds des services de santé
– pour les 65 ans ou plus	1er octobre 1977	Fonds des services de santé
– pour les personnes de 60 à 64 ans, dont le conjoint est décédé et qui bénéficient du programme de sécurité de la vieillesse	1er octobre 1985	Fonds des services de santé
Prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs, fauteuils roulants ou autres équipements		
– déterminés par règlement	1er juillet 1975	Fonds des services de santé
– pour les personnes handicapées		M.M.S.R.F.P. pour les P.S.R.

1. Ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle.
2. Prestataires de la sécurité du revenu.

A- Programmes administrés par la Régie en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* (suite)

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement
Aides visuelles – déterminées par règlement – pour les handicapés visuels		
• de moins de 36 ans	1er décembre 1978	Fonds des services de santé
• de 36 ans ou plus et ayant déjà une aide prêtée	23 septembre 1981	
• de 36 ans ou plus, étudiant ou travaillant et n'ayant jamais eu d'aide prêtée	8 septembre 1984	
Services de planification familiale – déterminés par règlement	1er octobre 1987	Fonds des services de santé
Aides auditives – déterminées par règlement	22 août 1979	Fonds des services de santé
– pour les handicapés auditifs		
• de moins de 18 ans, affectés d'une déficience d'au moins 25 décibels		M.M.S.R.F.P. pour les P.S.R.
• de moins de 36 ans, affectés d'une déficience d'au moins 25 décibels et étudiant au post-secondaire ou à l'enseignement aux adultes		
• de moins de 36 ans, affectés d'une déficience d'au moins 35 décibels		
• dont la Régie a déjà supporté le coût des services lorsqu'ils avaient moins de 36 ans		
Bourses de recherche – déterminées par règlement – pour des personnes qui désirent faire de la recherche au Québec dans une science de la santé	10 septembre 1975	Fonds des services de santé
Bourses d'études – déterminées par règlement – pour des étudiants en médecine – en échange de services futurs dans des territoires où il y a pénurie de médecins	11 juin 1975	Fonds des services de santé
– pour les résidents en médecine familiale	20 novembre 1985	

B- Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec*

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement	Décrets et accords
Prothèses mammaires externes pour les bénéficiaires ayant subi une mastectomie totale ou radicale	1er janvier 1978	Fonds des services de santé	Accord M.S.S.S.[1] – R.A.M.Q. AC-4413-77 AC-3326-79
Services hospitaliers rendus hors du Québec	29 janvier 1976	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S. – R.A.M.Q. AC-4835-75
Prothèses oculaires pour les bénéficiaires ayant subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent	1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord M.S.S.S. – R.A.M.Q. Décret 778-81
Appareils fournis aux stomisés permanents – remboursement d'un montant compensatoire annuel de 300 $ à tous les bénéficiaires – remboursement de l'excédent de ce montant compensatoire aux prestataires de la sécurité du revenu	1er avril 1981	Fonds des services de santé M.M.S.R.F.P.[2]	Accord M.S.S.S. – R.A.M.Q. Décret 780-81
Services hospitaliers fournis dans une province à des malades hospitalisés ou externes domiciliés dans une autre province	1er octobre 1981	Recouvrements de la province où se trouve le domicile	Accord M.S.S.S. – R.A.M.Q. Décret 1405-87
Prothèses dentaires pour les prestataires de la sécurité du revenu	9 avril 1979	M.M.S.R.F.P.	Accord M.M.S.R. – R.A.M.Q. AC-3112-79
Aides pour les handicapés auditifs de plus de 36 ans et qui sont des prestataires de la sécurité du revenu	2 juillet 1980	M.M.S.R.F.P.	Accord M.M.S.R. – R.A.M.Q. Décret 1751-80
Rémunération des résidents en médecine	3 septembre 1978	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S. – R.A.M.Q. Décret 2000-78 Décret 1263-82 Décret 1146-87
Patients d'exception atteints de maladies graves ou chroniques auxquels sont fournis des médicaments non inscrits sur la liste	1er janvier 1983	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S. – R.A.M.Q. Décret 691-83 Décret 2678-83
Paiement de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique	1er septembre 1988	Fonds des services de santé	Accord M.S.S.S. – R.A.M.Q.

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
2. Ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle.

B- Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (suite)

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement	Décrets et accords
Services assurés pour les ressortissants étrangers ayant conclu un accord avec la Régie et versé une prime	1er novembre 1976	Primes payées par les ressortissants étrangers	Accord M.S.S.S. – R.A.M.Q. AC-3770-76 Décret 3221-80 Décret 1786-82 Décret 2547-82 Décret 608-83
Rémunération de certains services professionnels fournis par un médecin et couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (1988, chapitre 51), conformément au protocole d'accord entre la F.M.O.Q. et le ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle	1er août 1989	M.M.S.R.F.P.	Accord M.M.S.R.F.P. – F.M.O.Q.

La Régie administre trois programmes qui n'ont pas trait à une couverture de services

Services rendus par les membres des comités d'évaluation des victimes d'immunisation ou par des experts que ces comités consultent	17 août 1988	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S. – R.A.M.Q. Décret 1230-88
Tierce responsabilité visée par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*	29 octobre 1975	Recouvrements des tiers responsables	Accord M.S.S.S. – R.A.M.Q. AC-4836-75 Décret 3220-80 Décret 2547-82 Décret 609-83
Rémunération des pharmaciens dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments par certains prestataires de la sécurité du revenu	1er février 1990	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S. – A.Q.P.P.

Les services médicaux

Le programme de services médicaux s'adresse à tous les résidents du Québec. Il comprend les services préventifs, diagnostiques, curatifs et de réadaptation rendus par les médecins à leur cabinet, à domicile ou dans les établissements et ceux qui sont rendus par les médecins dans le cadre des lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Les services optométriques

Le programme de services optométriques est accessible à tous les résidents du Québec. Il couvre les examens de la vision, les examens spécifiques (l'orthoptique étant réservée aux moins de 16 ans), les recommandations faites aux bénéficiaires et la prescription d'un traitement, s'il y a lieu.

Les services dentaires

Les services dentaires se répartissent comme suit:

- Un *programme de chirurgie buccale* qui s'adresse à tous les résidents du Québec; les services doivent être donnés dans un établissement hospitalier universitaire ou dans un centre hospitalier par un dentiste, spécialiste ou non;
- Un *programme de services dentaires* pour les jeunes de moins de 16 ans et pour les personnes de tout âge qui sont des prestataires de la sécurité du revenu depuis au moins six mois; les services doivent être donnés par un dentiste, spécialiste ou non;
- Un *programme de prothèses dentaires* pour les personnes qui sont des prestataires de la sécurité du revenu depuis au moins six mois; les services peuvent être donnés soit par un dentiste, spécialiste ou non, soit par un denturologiste.

Les services dentaires

Programmes	Bénéficiaires	Services assurés
Chirurgie buccale[1]	Tous	Examens, consultations, radiographies, ouverture d'urgence de la chambre pulpaire, chirurgie sauf l'ablation de dents et de racines.
Services dentaires pour les enfants	0-11 ans	Examens, consultations, radiographies, obturations, couronnes, traitement de la pulpe, traitement de canal sur dent permanente, chirurgie, y compris l'ablation de dents et de racines.
	12 ans	Les mêmes que ci-dessus plus enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure.
	13-15 ans	Examens, consultations, radiographies, enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure, chirurgie sauf l'ablation de dents et de racines.
Services dentaires pour les prestataires de la sécurité du revenu[2]	Tous	Mêmes services que pour les enfants de 12 ans ou moins, sauf le traitement de canal sur dent permanente et l'application topique de fluorure à moins qu'ils y aient droit en vertu du programme de services dentaires pour les enfants. Le détartrage pour les 16 ans ou plus.
Prothèses dentaires pour les prestataires de la sécurité du revenu[2]	Tous	Une prothèse complète ou partielle par maxillaire tous les cinq ans. Réparation, regarnissage et remplacement des prothèses à certaines conditions.

1. Dans les centres hospitaliers ou dans les établissements hospitaliers universitaires.
2. À condition d'en être un depuis **six mois**.

Les médicaments et les services pharmaceutiques

Le programme de médicaments et de services pharmaceutiques s'adresse aux prestataires de la sécurité du revenu, à toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus et aux personnes de 60 à 64 ans qui reçoivent l'allocation de conjoint en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* et qui, sans cette allocation, auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide de dernier recours conformément à la *Loi sur la sécurité du revenu*. Il s'adresse également à toutes les personnes de 60 à 64 ans dont le conjoint est décédé et qui bénéficient du programme de sécurité de la vieillesse. Il couvre les médicaments et les services fournis par un pharmacien, sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste pourvu que ces médicaments soient inscrits sur une liste dressée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, sur la recommandation du Conseil consultatif de pharmacologie.

Par ailleurs, une procédure, dite *du médicament d'exception*, permet à des bénéficiaires d'obtenir, si le prescripteur en fait la demande à la Régie, certains médicaments utilisés à des fins thérapeutiques particulières et déterminés par règlement.

Un autre programme, dit *des patients d'exception* et administré par la Régie pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux, vise à fournir des médicaments qui ne sont pas inscrits sur la liste lorsque la gravité et la chronicité de la maladie, de même que le coût du traitement imposent au bénéficiaire un fardeau financier difficilement acceptable et risquent d'entraîner son hospitalisation.

Les prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs, fauteuils roulants ou autres équipements

Le programme de prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs, fauteuils roulants ou autres équipements s'adresse aux personnes handicapées physiquement. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des prothèses, des appareils orthopédiques et des accessoires fonctionnels déterminés par règlement et qui sont fournis aux conditions prescrites.

Les aides visuelles

Le programme d'aides visuelles s'adresse, à certaines conditions, aux handicapés visuels qui ont l'âge déterminé par règlement et à ceux qui ont besoin de ces aides pour travailler ou étudier. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des aides à la lecture, à l'écriture et à la mobilité qui sont inscrites sur la liste des aides assurées.

Les aides auditives

Le programme d'aides auditives s'adresse, à certaines conditions, aux handicapés auditifs qui ont l'âge déterminé par règlement ainsi qu'aux prestataires de la sécurité du revenu. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des appareils auditifs qui figurent sur la liste des aides auditives assurées. Les services professionnels relatifs à l'acquisition d'une aide sont également pris en charge dans le cadre du programme, au tarif déterminé par règlement.

Les prothèses mammaires externes

Le programme de prothèses mammaires externes s'adresse à toutes les femmes qui ont subi une mastectomie totale ou radicale. Il prévoit le remboursement d'une partie des frais d'achat de deux prothèses mammaires externes par sein, par période de deux ans, jusqu'à concurrence de 50 $ par prothèse.

Les prothèses oculaires

Le programme de prothèses oculaires s'adresse à toutes les personnes qui ont subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent. Il consiste en une allocation couvrant en partie l'achat et l'ajustement d'une prothèse oculaire par oeil par période de cinq ans, ainsi qu'une allocation annuelle pour réparation ou entretien.

Les appareils fournis aux stomisés permanents

Le programme d'appareils fournis aux stomisés permanents est destiné à toute personne qui a subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanentes. Il consiste en une allocation couvrant une partie des frais d'acquisition d'appareils et d'accessoires. Ces frais sont payés en totalité pour les prestataires de la sécurité du revenu.

Les bourses d'études et de recherche

En vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre de la Santé et des Services sociaux peut accorder à des étudiants en médecine des bourses d'études payées par la Régie selon les modalités fixées dans le *Règlement d'application*. En échange, les boursiers acceptent de fournir des services assurés dans des territoires et pour une période fixés par le ministre. Par ailleurs, un programme de bourses de recherche est administré par le Fonds de la recherche en santé du Québec, dans lequel la Régie transfère chaque année une somme pouvant représenter jusqu'à 0,4 % du total des montants versés aux professionnels de la santé à titre de rémunérations pendant l'exercice financier précédent.

Les services hospitaliers reçus hors du Québec

Les services hospitaliers reçus hors du Québec mais au Canada sont couverts en entier conformément aux ententes interprovinciales. Les services hospitaliers reçus hors du Canada sont pris en charge uniquement et en partie seulement s'ils découlent d'une maladie subite ou d'une situation d'urgence.

Par contre, la Régie de l'assurance-maladie du Québec paie en entier l'hospitalisation hors du Canada des personnes dont l'état de santé nécessite des services médicaux qui ne sont pas disponibles au Québec. Ces personnes doivent au préalable obtenir l'autorisation de la Régie.

Les services hospitaliers reçus au Québec par des résidents des autres provinces

Le programme de services hospitaliers reçus au Québec par des résidents des autres provinces et des territoires prévoit le paiement par la Régie des services couverts par l'assurance-hospitalisation et fournis dans les établissements du Québec à des personnes domiciliées dans d'autres provinces ou dans les territoires du Canada; en retour, ceux-ci défraient les services fournis à des Québécois dans leurs établissements. La province où les services sont fournis récupère de la province d'origine du patient les sommes que lui ont coûté ces services.

Annexe 2

L'admissibilité au régime

Selon les dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie*, est bénéficiaire du régime d'assurance-maladie toute personne domiciliée au Québec lorsque la loi l'autorise à être ou à rester au Canada et qu'elle demeure au Québec et y est ordinairement présente (sauf si elle est un touriste, si elle est de passage au Québec ou y est un visiteur) et qui, en outre, est dûment inscrite à la Régie. Lorsqu'une personne est déclarée admissible, la Régie lui délivre une carte d'assurance-maladie valide pour une période déterminée et la renouvelle à son expiration si la personne demeure admissible.

D'autre part, sont admissibles au régime d'assurance-maladie les ressortissants étrangers et les personnes à leur charge qui:

- Séjournent au Québec dans le cadre d'un programme d'échanges agréé par le gouvernement du Québec et un gouvernement étranger ou en vertu d'une entente conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre des Affaires internationales;

- Sont titulaires d'un certificat d'acceptation délivré par la ministre des Communautés culturelles et de l'Immigration et qui séjournent au Québec soit temporairement pour y travailler, soit en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages du ministère de l'Éducation ou du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science;

- Sont au service d'un gouvernement autre que celui du Canada ou du Québec ou au service d'un organisme relevant d'un gouvernement étranger et reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux à la condition qu'ils travaillent au Québec et qu'ils aient signé un accord avec le ministre. Ils paient alors les primes individuelles ou familiales, telles que fixées par le gouvernement.

Les ressortissants étrangers inscrits à la Régie en vertu des dispositions précédentes reçoivent une carte d'assurance-maladie pour la durée de leur admissibilité au régime.

Une personne cesse d'être admissible au régime lorsqu'elle:

- Quitte le Québec pour s'établir dans un autre pays et ce, à compter de la date de son départ;

- Quitte le Québec pour s'établir dans une autre province et ce, à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée dans cette province;

- A une résidence à l'extérieur du Québec, à moins de démontrer qu'elle demeure au Québec et y est ordinairement présente pendant au moins 183 jours par an;

- Séjourne hors du Québec pendant plus de 12 mois et ce, à compter du dernier jour du douzième mois suivant la date de son départ du Québec sauf s'il s'agit d'un étudiant inscrit dans un établissement reconnu, d'un stagiaire en recherche non rémunéré, d'un fonctionnaire du gouvernement du Québec en poste à l'extérieur du Québec ou d'une personne employée par un organisme sans but lucratif ayant son siège au Canada et travaillant à l'étranger dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;

- Séjourne hors du Québec et s'y établit avant la fin du douzième mois qui suit la date de son départ du Québec.

Depuis juin 1989, toute personne qui est admissible au régime ou à un programme administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et se croit lésée par une décision rendue par la Régie, peut en demander la révision. Une personne que la Régie refuse de considérer comme un bénéficiaire peut également demander la révision de cette décision dans les six mois qui suivent le moment où elle en est informée.

Lorsqu'elle fait connaître une décision par écrit, la Régie fournit l'information relative au droit de révision, ainsi qu'au délai et à la procédure à suivre pour faire une demande de révision.

Après une demande, la Régie révise le dossier du demandeur, lui communique sa décision par écrit dans les 90 jours, la motive et l'informe de son droit d'en appeler à la Commission des affaires sociales s'il se croit lésé par la décision rendue.

Annexe 3

Les ententes avec les professionnels de la santé

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, avec l'approbation du gouvernement, conclut des ententes avec les différentes fédérations et associations de professionnels de la santé, soit: la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, l'Association des chirurgiens dentistes du Québec, l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, l'Association des optométristes du Québec, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, ainsi que la Fédération des médecins résidents du Québec. Ces ententes fixent le cadre normatif de l'exercice des professions de santé au regard du régime, de même que les dispositions relatives à la rémunération des praticiens. La Régie est liée par ces ententes et doit veiller à leur application.

Le statut des professionnels de la santé

Selon la *Loi sur l'assurance-maladie*, les praticiens peuvent choisir l'un des trois statuts suivants: professionnel de la santé soumis à une entente, désengagé (sauf les pharmaciens) ou non participant.

Le professionnel de la santé soumis à une entente exerce dans le cadre du régime et il est rémunéré par la Régie au tarif fixé par l'entente.

Le professionnel de la santé désengagé exerce hors du cadre du régime, mais accepte d'être rémunéré au tarif fixé par l'entente. Ses patients se font rembourser le montant des honoraires par la Régie et le paient ensuite.

Le professionnel de la santé non participant exerce hors du cadre du régime. Il fixe lui-même ses honoraires, qui sont entièrement à la charge du patient, celui-ci ne pouvant obtenir de remboursement de la Régie.

Les modes de rémunération

Divers modes de rémunération des praticiens sont en vigueur dans les ententes actuelles: la rémunération à l'acte, à salaire ou à honoraires fixes, à la vacation, à l'unité et les honoraires forfaitaires.

La rémunération à l'acte est largement utilisée dans le cas des services médicaux et dentaires et constitue le seul mode de rémunération des services optométriques et des services pharmaceutiques.

Les services rémunérés à la vacation ou à salaire sont de nature différente. En effet, la vacation est principalement destinée aux médecins omnipraticiens et aux dentistes qui exercent dans le cadre des programmes de santé communautaire, aux anesthésistes exerçant en région éloignée ainsi qu'aux omnipraticiens lorsqu'ils fournissent des services dans certaines circonstances particulières, par exemple à l'intérieur du système de visites d'urgence hors des établissements dans la région du Montréal métropolitain, dans certains centres d'accueil d'hébergement, dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques, etc. En fait, la vacation consiste en une période de travail de trois heures, payée à un tarif donné. Le salariat, appelé aussi *honoraires fixes*, s'applique aux médecins et aux dentistes occupant un poste à temps plein (35 heures par semaine) ou à mi-temps (17 heures et demie par semaine) dans un établissement où ce type de rémunération est en vigueur, comme les centres locaux de services communautaires, les départements de santé communautaire et plusieurs départements de psychiatrie. Les services que rendent les résidents en médecine en établissement hospitalier dans le cadre de leur formation sont aussi rémunérés par un salaire.

La rémunération à l'unité s'applique à certains services offerts en milieu hospitalier, telles les analyses de laboratoire.

Le *per diem*, la demi-journée et le tarif horaire constituent les trois modes de tarification des honoraires forfaitaires.

Le *per diem* sert de base pour établir les tarifs d'honoraires des médecins exerçant une spécialité dans un département clinique d'un établissement hospitalier désigné par le ministre. Les tarifs d'honoraires des spécialistes en santé communautaire attachés à un D.S.C. peuvent aussi être fondés sur ce forfait journalier. Le *per diem* correspond à au moins sept heures de travail, effectuées en deux tranches d'une demi-journée, en semaine sauf les jours fériés.

La tarification d'honoraires à la demi-journée est applicable aux médecins spécialistes travaillant en santé communautaire et attachés à un D.S.C. pour leurs assignations d'appoint dans un autre département. Cette tarification est basée sur une tranche de trois heures et demie de travail continu. Un seul forfait d'une demi-journée est payable dans une journée et pas plus de sept, dans une semaine.

Enfin la tarification horaire des honoraires est facultativement employée pour certaines prestations fournies par des spécialistes. Ce sont les suivantes: la clinique ou le laboratoire dans un établissement hospitalier désigné par le ministre ou dans un établissement pour malades mentaux, l'exercice de la pneumophtisiologie dans un centre de traitement des malades pulmonaires chroniques, la clinique dans certaines unités de soins ou cliniques de médecine organisées pour la prise en charge de malades dont l'état est exceptionnel, l'exercice d'une spécialité médicale dans un C.L.S.C., un centre d'accueil ou un établissement hospitalier de soins de longue durée ainsi que les prestations que fournit un médecin spécialiste en santé communautaire ou un médecin spécialiste conseil attaché à un D.S.C. Cette tarification est établie sur une tranche horaire de travail continu, effectuée en semaine.

Il est à noter, que dans le cas des pharmaciens, la rémunération couvre à la fois le coût du médicament et celui des services professionnels.

La rémunération différenciée et les autres mesures incitatives

Pour remédier au problème de l'insuffisance de médecins dans les régions éloignées et isolées du Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux, par un arrêté ministériel publié dans la *Gazette officielle*, désigne, après consultation des organismes représentant les professionnels de la santé, les territoires qu'il estime insuffisamment pourvus de praticiens. Dans le but de mieux répartir ces derniers sur l'ensemble du territoire du Québec, un système de rémunération différenciée est mis en place. Les honoraires payés aux médecins sont augmentés ou réduits pour une période donnée en fonction du territoire, du lieu d'exercice et du type d'activité professionnelle.

C'est ainsi que la rémunération des omnipraticiens et des spécialistes qui s'installent dans les territoires où il y a pénurie de praticiens a été fixée respectivement à 115 % et à 120 % de la rémunération de base prévue dans les ententes. Par contre, les nouveaux omnipraticiens ou spécialistes qui s'installent dans des régions déjà bien pourvues touchent 70 % de la rémunération de base pour les trois premières années d'exercice de leur profession.

Par ailleurs, d'autres mesures incitatives ont été introduites dans les ententes. Elles consistent dans le versement de primes d'éloignement ou d'isolement et le remboursement de frais de déménagement, de ressourcement et de sorties.

Annexe 4

Les mécanismes de contrôle

L'administration des programmes du régime d'assurance-maladie et de ceux qui sont confiés à la Régie par d'autres ministères ou organismes nécessite un ensemble de mécanismes de contrôle portant sur l'admissibilité des bénéficiaires, sur la conformité des honoraires demandés avec les services dispensés et sur l'authenticité, la fréquence ou la pertinence des services payés par la Régie.

Au cours du processus de traitement des demandes de paiement, diverses validations sont effectuées afin de vérifier la conformité des données avec les exigences de la loi, des règlements, des ententes et des accords. Elles ont trait notamment aux bénéficiaires, aux dispensateurs de services assurés, aux services eux-mêmes et aux honoraires demandés. Elles consistent essentiellement en la traduction, dans les systèmes informatiques, des diverses dispositions de la loi, des règlements, des ententes et des accords, et elles permettent de s'assurer entre autres que:

- Les bénéficiaires sont admissibles;
- Les dispensateurs de services ont le droit d'être rémunérés;
- Les services dont le paiement est demandé sont assurés;
- Les honoraires demandés correspondent aux tarifs et aux règles d'application afférentes;
- Les services n'ont pas déjà été payés (double facturation);
- Les honoraires n'ont pas été payés plus d'une fois pour le même service à des professionnels de la santé différents;
- Les services ne sont pas inclus dans d'autres services dont le paiement a déjà été demandé ou qui ont déjà été payés.

Ces validations peuvent donner lieu à des annulations, ou à des refus de paiement, ou encore à des rectifications des honoraires demandés ou déjà payés.

Les mécanismes de contrôle qui entrent en jeu après le paiement complètent la vérification de la conformité des services rendus avec les honoraires demandés et permettent en plus de s'assurer de leur authenticité, d'en apprécier la fréquence ou la pertinence.

Selon les résultats obtenus, diverses mesures peuvent être prises en fonction du type d'irrégularité.

L'admissibilité des bénéficiaires

On vérifie l'admissibilité:

- Lorsqu'il y a un doute sur l'admissibilité de la personne qui s'inscrit;
- Au cours du processus de traitement des demandes de paiement présentées par les professionnels de la santé et par les autres dispensateurs de services assurés;
- Lorsque le bénéficiaire demande le remboursement du coût des services assurés qu'il a reçus au Québec ou hors du Québec;
- Pour s'assurer que les bénéficiaires ont conservé leur statut de personnes domiciliées au Québec.

Lorsqu'une personne est déclarée non admissible et que la Régie a fait des paiements pour elle au cours de la période où elle n'était pas admissible, on effectue une étude du dossier en vue de recouvrer de cette personne les sommes dues. La Régie peut également intenter des poursuites judiciaires contre les personnes qui ont obtenu ou reçu sciemment le bénéfice de services auxquels elles n'avaient pas droit.

La conformité

La conformité est l'adéquation entre les honoraires demandés et la nature des services dispensés. Le contrôle consiste en des analyses de profils de facturation qui peuvent être complétées soit par des entrevues avec les bénéficiaires ou les dispensateurs de services assurés dont le dossier est étudié, soit par des enquêtes. S'il est prouvé que les honoraires demandés ne correspondent pas aux services fournis, la Régie procède à des rectifications d'honoraires par compensation ou autrement s'ils ont été payés, ou elle refuse de les payer.

Les praticiens peuvent formuler un grief, qui est tranché par le Conseil d'arbitrage.

La Régie peut également intenter des poursuites judiciaires, soit sommaires, soit criminelles.

L'authenticité

La vérification de l'authenticité consiste à s'assurer auprès des bénéficiaires que les services dont un professionnel de la santé ou un autre dispensateur de services assurés demande le paiement ou qui lui ont été payés ont réellement été rendus.

La Régie procède par sondages auprès de la clientèle et aussi par vérification des plaintes dont elle peut être saisie. En cas de déclaration de services non reçus, un nouveau sondage est fait auprès d'autres clients de ce professionnel de la santé ou de cet autre dispensateur de services assurés et une recherche plus poussée peut mener à une entrevue avec celui-ci ou à une enquête; les deux sont parfois nécessaires.

Si, après enquête, la Régie conclut notamment que les services payés n'ont pas été rendus, qu'ils ont été faussement décrits ou que le professionnel de la santé ne les a pas fournis lui-même, elle peut recouvrer les sommes payées en trop, par compensation ou autrement. Il appartient alors au praticien de prouver devant le tribunal compétent que la décision de la Régie est non fondée. Des poursuites judiciaires peuvent être intentées. Dans la majorité des cas, elles le sont en vertu de la *Loi sur les poursuites sommaires*, et les amendes sont versées au Fonds consolidé du Revenu; les autres poursuites sont intentées en vertu du Code criminel. Dans ce dernier cas, si le professionnel de la santé plaide coupable ou est reconnu coupable de l'accusation portée contre lui, la Régie doit, dès que le jugement définitif est prononcé, émettre une ordonnance écrite aux termes de laquelle ce praticien est considéré comme non participant au régime pour une période de 6 mois s'il s'agit d'une première infraction ou de 12 mois s'il s'agit d'une nouvelle infraction.

Les dispensateurs de services assurés autres que les professionnels de la santé peuvent faire l'objet de recouvrements des sommes payées en trop ou de poursuites en justice. La Régie peut également mettre fin à l'accord qu'elle a conclu avec des dispensateurs de services assurés.

La fréquence ou la pertinence

Le contrôle de la fréquence ou de la pertinence permet de s'assurer que les services fournis aux bénéficiaires étaient requis du point de vue de la médecine, de l'optométrie, de l'art dentaire ou de la pharmacie selon le cas et que, par conséquent, ils n'ont pas été fournis plus fréquemment que nécessaire ou dispensés de façon abusive.

Pour ce faire, la Régie constitue des profils individuels de pratique à partir des données de facturation. Ces profils comportent, entre autres, les éléments suivants:

- Le coût total des services rendus;
- Le coût moyen par bénéficiaire;
- Le nombre moyen d'actes par bénéficiaire;
- La fréquence de certains actes spécifiques;
- Le coût moyen des actes;
- La répartition des bénéficiaires selon le sexe et l'âge.

Le profil de chaque professionnel de la santé est comparé au profil du groupe auquel il appartient, ce qui permet de l'évaluer par rapport à celui de ses confrères exerçant dans des conditions semblables.

Mécanismes de contrôle

Aspect	But	Forme	Mesure	Recours des professionnels de la santé
Conformité	Adéquation entre honoraires demandés et services dispensés	– Profils de facturation – Entrevues avec • les bénéficiaires • les dispensateurs de services assurés ou enquêtes auprès d'eux – Études de situations	– Recouvrement des honoraires payés – Refus de payer – Messages – Poursuites en justice	Griefs
Authenticité	Confirmation de la prestation des services	– Sondages – Entrevues avec • les bénéficiaires • les dispensateurs de services assurés ou enquêtes auprès d'eux – Études de situations	– Recouvrement des honoraires payés – Refus de payer – Poursuites en justice	Griefs ou recours devant le tribunal compétent
Fréquence ou pertinence	Justification des services du point de vue de – la médecine – l'art dentaire – l'optométrie – la pharmacie	– Profils de pratique – Entrevues avec les professionnels de la santé – Transmission au Comité de révision pour avis en cas de profil irrégulier – Études de situations	– Recommandation du Comité de révision – Décision de la Régie	Appel à la Commission des affaires sociales

TABLE DES MATIÈRES

Message du président 4

Chapitre premier
LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE 7

1.1 Le statut juridique 7

1.2 Le rôle et les fonctions 7

1.3 Le Conseil d'administration 8

1.4 Le Comité de vérification 8

Chapitre 2
LES DONNÉES FINANCIÈRES 9

2.1 Les sources de financement 9
2.1.1 Le Fonds des services de santé 9
2.1.2 Le gouvernement du Québec 9
2.1.3 La Commission de la santé et de la sécurité du travail 10
2.1.4 Les autres provinces 10
2.1.5 Les autres sources 10

2.2 Les états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 1990 11

2.3 Les frais d'administration 20

Chapitre 3
L'ADMINISTRATION 21

3.1 L'organisation 21
3.1.1 La structure administrative 21
3.1.2 Le comité constitué par le président-directeur général 22
Le Comité de régie interne 22

3.2 La gestion 24
3.2.1 Les unités administratives de gestion des programmes 24
La Direction générale de l'évaluation et du contrôle 24
La Direction de l'expertise professionnelle et des profils 24
La Direction de l'évaluation et de la vérification 26
Le Service de la normalisation 28
La Direction générale des services à la clientèle 28
La Direction des services aux professionnels et des relations avec la clientèle 28
La Direction de l'admissibilité des bénéficiaires 30
La Direction des services hors du Québec et des programmes d'aides techniques 31
La Direction générale des opérations 32
La Direction du prétraitement des demandes de paiement 32
La Direction du règlement des services professionnels 33
La Direction du paiement et de la révision 34
3.2.2 L'unité administrative de gestion des ressources 34
La Direction générale de l'administration 34
La Direction du développement des systèmes 34
La Direction de la technologie et du traitement informatiques 34
La Direction des ressources financières et matérielles 35
La Direction de l'organisation et des ressources humaines 35
3.2.3 Les unités administratives de soutien 35
La Direction du contentieux et du secrétariat 35
La Direction de la vérification interne et de l'assurance-qualité 36
3.2.4 Le commissaire aux plaintes des bénéficiaires 37
3.2.5 La performance 37

Annexe 1
Description sommaire des programmes 39

Annexe 2
L'admissibilité au régime 47

Annexe 3
Les ententes avec les professionnels de la santé 49

Annexe 4
Les mécanismes de contrôle 51

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1
Le coût des programmes administrés par la Régie de 1985-1986 à 1989-1990 (en k$) 16

Tableau 2
Dossiers d'expertise professionnelle 24

Tableau 3
Recommandations des comités de révision (nombre et montants à recouvrer) 25

Tableau 4
Dossiers soumis aux ordres professionnels (nombre) 25

Tableau 5
Appels à la Commission des affaires sociales en 1989-1990 26

Tableau 6
Réclamations et annulations de paiement à la suite d'enquêtes (nombre et montants) 27

Tableau 7
Services aux bénéficiaires 28

Tableau 8
Services aux dispensateurs de services assurés ... 29

Tableau 9
Professionnels de la santé 29

Tableau 10
Autres dispensateurs de services assurés 30

Tableau 11
Modifications apportées au fichier des bénéficiaires 30

Tableau 12
Revendicateurs du statut de réfugiés politiques 30

Tableau 13
Nombre de demandes de paiement ou de remboursement pour les services hors du Québec et les programmes d'aides techniques .. 31

Tableau 14
Volume des demandes de paiement reçues selon les divers modes de facturation informatisée 32

Tableau 15
Nombre de demandes de paiement soumises par les dispensateurs de services assurés selon le mode de rémunération 33

Tableau 16
Nombre de remboursements relatifs aux mesures incitatives 33

Tableau 17
Nombre de demandes de remboursement ou de paiement soumises par les bénéficiaires 34

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1
Sources de financement en 1989-1990 10

Graphique 2
Répartition du coût des programmes en 1989-1990 17

Graphique 3
Services médicaux 17

Graphique 4
Services dentaires 17

Graphique 5
Médicaments et services pharmaceutiques 18

Graphique 6
Prothèses 18

Graphique 7
Bourses et primes 18

Graphique 8
Services hospitaliers 19

Graphique 9
Évolution des frais d'administration de 1985-1986 à 1989-1990 20

Graphique 10
Structure administrative supérieure 23

Graphique 11
Demandes de paiement traitées 38

Graphique 12
Frais d'administration par demande de paiement 38

Régie de
l'assurance-maladie
du Québec

Imprimé au Québec, Canada